

368

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1112

1112

1112

IN DOCTORAL IN MEDICINE

Travail du Laboratoire de M. le D^r LUCIEN JACQUET

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

— THÈSE —

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Fernand MORALI**

Né à Saint-Eugène (Alger), le 25 décembre 1886

ESSAI DE PATHOGÉNIE

DE LA

ROSÉOLE SYPHILITIQUE

Président · M. DEBOVE, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHTER.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	N...
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
	BAR.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	RIBEMONT DES-
	SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE D^r ALFRED MORALI

A MON FRÈRE LUCIEN

Ingénieur-Electricien.

A MES SCEURS. A MON BEAU-FRÈRE

AUX MIENS. A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES MAÎTRES

Les professeurs TROLARD ET SCHERB

de la Faculté de Médecine d'Alger.

A MON PREMIER MAÎTRE

Le D^r Gabriel HANOUN

A mon ami Raoul EBSTEIN

Enseigne de vaisseau.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
D'ALGER ET DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES FACULTÉS
D'ALGER ET DE PARIS

A mon maître le D^r Lucien JACQUET

Médecin à l'Hôpital Saint-Antoine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A qui revient l'idée première de ce travail.

A mon parent et maître le D^r Léon LEBAR

Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Antoine.

Qui m'a été d'un concours si précieux.

A M. le Professeur DEBOVE

Professeur de clinique médicale.
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'Hôpital Beaujon.

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

DE LA

ROSÉOLE SYPHILITIQUE

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'étudiant passée à l'Hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr L. Jacquet, notre maître nous a fréquemment affirmé que l'observation des syphilitiques était à la fois insuffisante et défectueuse.

La doctrine médicale actuelle ne voit guère dans la maladie qu'un ensemble de faits réactionnels lié à l'agression d'une cause externe. Celle-ci est presque tout. L'organisme, avec ses dessous héréditaires ou acquis, nécessairement mis en branle par le jeu du fonctionnement viscéral, semble peu compter.

En fait de syphilis, par exemple, le spirochète paraît suffire à tout expliquer ; et l'on ne se préoccupe pas de savoir pourquoi telle lésion tertiaire bien isolée siège en tel point du corps et non en d'autres. Et cependant, il

est possible, en de bonnes conditions d'observation, comme nous avons pu le voir, de saisir la ou les causes qui ont favorisé l'éclosion et la localisation de ce syphilome.

Le même esprit critique que M. L. Jacquet apporte à toute chose, lui a fait se poser cette question : voici une manifestation de la syphilis secondaire, la roséole, avec ses caractères très particuliers, symétrie topographique, synchronisme évolutif et involutif, monomorphisme éruptif, et qu'invoque-t-on pour l'expliquer ? le spirochète agissant comme embolie, comme corps étranger dans les vaisseaux papillaires du derme.

Or, on le trouve avec une rareté extrême, et nous ne comprenons pas pourquoi la roséole est symétrique, pourquoi elle est si semblable à elle-même sur le même individu, pourquoi elle est confluent et floride dans certains cas, discrète et apauvrie dans d'autres. Il y a autre chose qu'il faut chercher dans l'étude du porteur de la lésion.

L'étude de la médecine, comme aime à le dire notre maître, est d'un intérêt puissant, parce qu'elle nous incite à tout instant à nous poser des questions nouvelles.

C'est une de ces questions que, sur ses conseils, nous avons, non pas essayé de résoudre (ce serait trop présomptueux de croire qu'on résoud jamais une question biologique, c'est à peine si tous les efforts tendent à la déplacer et à l'éclairer un peu), c'est une de ces questions, disons-nous, que nous avons étudiée en cherchant dans l'organisme ce qui pouvait nous rendre compte de ce phénomène si varié, si curieux. Et nous

croyons avoir observé tout un ensemble de faits qui cadrent mieux avec les modalités de la roséole et permettent d'établir une théorie vaso-motrice.

Dans ce travail, nous étudierons successivement :
1° Les caractères classiques de la roséole, ses diverses variétés cliniques ; 2° La théorie pathogénique actuelle qui regarde la roséole comme l'expression cutanée d'une embolie microbienne sous-jacente ; 3° L'analyse de nos observations et les faits qui nous permettent d'édifier la théorie que nous nous proposons.

Il nous est très agréable ici d'adresser nos remerciements bien sincères à M. Lucien Jacquet qui a bien voulu nous recevoir dans son service ; par ses conseils éclairés, sa collaboration constante, il nous a permis de mener à bien ce travail. Nous voulons ajouter que par son enseignement si clair, si précis, si originalement curieux, il nous a fait aimer davantage la médecine.

Le Dr Léon Lebar, par ses conseils et son concours nous a été très précieux pour l'élaboration de ce travail ; nous sommes heureux de lui témoigner notre gratitude la plus sincère pour la bienveillance et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

I

Caractères classiques et variétés cliniques de la Roséole

La roséole est, de toutes les syphilides, la plus commune. Elle est si commune que peu de malades y échappent à moins que le traitement spécifique ne soit institué dès le début de l'infection.

C'est aussi la plus précoce de toutes les éruptions syphilitiques ; c'est en effet le premier des accidents secondaires de la syphilis, le chancre avec son satellite fidèle, le bubon, constituant la période primitive.

En général c'est au cours de la septième semaine qui suit le début du chancre qu'elle fait son apparition (quarante-cinq jours après l'éclosion du chancre et soixante-dix jours après la contamination, d'après Fournier), cela bien entendu dans l'évolution spontanée de la maladie et indépendamment des perturbations qu'y peut apporter l'intervention thérapeutique.

Ce laps de temps intercalaire entre le début du chancre et la roséole, est sujet à variétés dans une certaine mesure.

Rarement il devient plus court que le terme précité ;

c'est ainsi qu'il peut s'abaisser à quarante jours voire même jusqu'à trente-cinq jours. Cependant dans une des observations due à l'obligeance de notre maître, M. L. Jacquet, nous avons noté une roséole précoce qui est apparue quinze jours après l'éclosion du chancre.

Plus souvent au contraire, il dépasse sa moyenne habituelle pour s'élever à cinquante, cinquante-cinq jours, deux mois.

Enfin on peut la rencontrer à une époque quelconque de la première année, dans le cours de la seconde année et même au delà lorsqu'elle récidive. Dans ce cas elle ne se présente plus avec les mêmes caractères ; elle est modifiée, altérée dans sa forme, comme nous le verrons dans nos observations.

Sous son type normal, elle consiste en une éruption plus ou moins confluyente, et disséminée de simples taches érythémateuses.

Ces taches sont sans saillie, sans squames, sans altération appréciable de l'épiderme ou du derme.

Comme étendue, elles varient de la surface d'une petite lentille ou d'un pépin de poire à celle d'une pièce de vingt centimes environ. Très rarement elles sont plus larges, et seulement dans le cas où plusieurs d'entre elles, situées au voisinage les unes des autres, viennent à se fusionner de façon à constituer des plaques d'une étendue plus considérable.

Elles sont amorphes et se présentent incomplètement arrondies ou bien ovalaires, elliptiques, allongées, déchiquetées sur leurs bords.

Leur couleur varie suivant leur âge. Naissantes, elles

offrent une teinte d'un rose tendre, d'un rose « fleur de pêcher », dit Fournier. A cette période de l'éruption, les taches peuvent n'être que médiocrement apparentes, voire presque douteuses au moment où le malade se découvre ; mais elles deviennent plus accentuées et nettement appréciables après quelques instants d'exposition à l'air, ce qui les fait ressortir par contraste sur le fond de la peau pâlie par refroidissement. Adultes, elles sont d'un rose plus foncé, plus sombre, plus rose rougeâtre, comparable à la coloration habituelle de la rougeole ; plus vieilles enfin et tendant à se faner elles prennent un ton d'un rose jaunâtre.

Parallèlement à cette succession de teintes, les taches pâlissent et disparaissent absolument sous la pression du doigt au début ; plus tard elles ne s'effacent plus du tout.

Les taches de la roséole sont absolument indolentes ; elles n'éveillent ni chaleur, ni prurit. Aussi restent-elles très souvent ignorées du sujet qui les porte.

Ces taches ont une confluence variable. A moins que le traitement spécifique ne soit intervenu de très bonne heure, il est plutôt rare de n'en trouver qu'un petit nombre ; presque toujours elles sont assez abondantes pour couvrir la peau en laissant toutefois entre elles des portions relativement considérables de téguments sains. Quelquefois elles sont si nombreuses et si rapprochées les unes des autres que certaines régions en sont littéralement criblées. Cependant elles n'arrivent jamais à constituer par coalescence de véritables nappes érythémateuses.

Les régions qu'elles affectent de préférence sont les flancs et les parties latérales du thorax, l'abdomen, la poitrine et le dos. On les rencontre assez souvent sur les membres spécialement sur leur face interne. En revanche elles s'observent très rarement au visage et aux extrémités. Mais il est à remarquer qu'elles font leur apparition première sur les flancs et les parties latérales du thorax, et cela d'une façon constante et générale. De plus, elles apparaissent d'une façon symétrique dans les deux moitiés du corps ; il y a en somme *symétrie topographique*.

Habituellement, la roséole coïncide avec le groupe de phénomènes qui marquent le début de la période secondaire, mais qui n'ont avec l'éruption qu'un rapport de coïncidence : courbature générale, céphalée nocturne, douleurs vagues des membres, anémie, amaigrissement, troubles digestifs, troubles nerveux, etc...

La roséole ne se constitue pas d'un jour à l'autre à la façon de certains exanthèmes fébriles qui, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, sont pleinement ou entièrement accomplis. Elle procède au contraire d'une façon lente et progressive : quelques taches se manifestent d'abord, puis d'autres leur succèdent de jour en jour et ainsi de suite, de sorte que l'éruption n'est guère complète avant six à sept jours environ.

Parvenue à son entier développement, elle persiste sous cette forme plus ou moins longtemps, sans modifications ultérieures. « Traitée, dit Fournier, elle se fane » et disparaît assez rapidement. Non traitée, elle persiste plusieurs semaines, un mois, deux mois et même

« davantage en devenant de plus en plus foncée, et sur-
« tout en se compliquant d'autres modalités éruptives. »

Ce que l'on observe alors n'est plus une roséole, c'est une syphilide polymorphe restant érythémateuse comme forme, mais semée çà et là d'éléments éruptifs tels que papules, papulo-squames, papulo-croûtes, etc...

Toujours est-il qu'après une certaine durée, sous l'influence du traitement approprié, la roséole disparaît complètement.

Elle disparaît par résolution simple et progressive, sans squames, sans altérations épidermiques ou dermiques, sans cicatrices, sans vestige d'aucune sorte.

La roséole que nous venons de décrire comporte quelques variétés, la plupart assez rares :

On peut voir la roséole à petites taches composée d'éléments éruptifs minimes ; la roséole nummulaire à larges taches ; la roséole piquetée, dite encore granuleuse, composée par des taches qui sont semées de petites saillies miliaires, traversées par un poil, et vraisemblablement constituées par des follicules pileux en état de congestion hyperplasique.

Enfin la roséole ortiée, dite aussi papuleuse, dont les taches, au lieu d'être absolument plates, ont un très léger relief que la vue et le doigt peuvent également apprécier.

Mais la roséole syphilitique est sujette à récédive, quelquefois à récédives multiples, plus ou moins largement espacées au cours des premières années de la syphilis. On l'a vue se reproduire deux, trois, quatre fois et même davantage encore en certains cas spéciaux, (douze fois dans une observation de Fournier).

Ces roséoles à récides multiples sont rares certainement, mais moins rares qu'on ne le croit généralement. D'après Fournier, elles se rencontrent presque exclusivement chez les sujets qui se sont traités, parfois même chez ceux qui se sont correctement et longtemps traités.

Cette roséole de retour se présente quelquefois sous sa forme initiale, mais cela est assez rare.

Bien plus souvent, elle apparaît sous des formes atténuées parfois jusqu'à être rudimentaires, en tous cas modifiées comme type éruptif.

Elle n'offre presque jamais le degré de confluence habituel à la roséole première. Elle constitue une roséole discrète. Quelquefois elle reste tout à fait rudimentaire, en se bornant à un très petit nombre de taches éparses sur le thorax ou les membres.

Ces taches ne sont autres que des éléments érythémateux identiques à ceux de la roséole ordinaire, mais plus larges que de coutume ; de plus, elles sont moins roses que celles de la roséole normale, plus pâles, d'un ton plus tendre au point qu'on a de la peine à les distinguer. Ce sont, d'après Fournier, « des roséoles atténuées comme étendue de territoire éruptif, comme nombre d'éléments éruptifs et comme intensité de coloration ».

Ce sont là les caractères généraux de la roséole de retour et cependant nous avons vu chez une de nos malades (observation 12) une roséole de retour particulièrement floride et intense, à éléments maculeux en moyenne de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce

de un franc, plutôt allongés, en très grand nombre, et d'un rose foncé. Nous verrons plus loin que nous avons, pu saisir la cause de cette roséole si confluyente.

Enfin nous sommes heureux de pouvoir signaler brièvement ici, une remarquable modalité éruptive de la roséole, non encore décrite et dont M. Jacquet nous a communiqué deux observations (obs. 1-2).

D'après ces deux cas, voici comment se présente ce phénomène : l'éruption étant à son plein, disparaît tout à coup de façon quasi-totale et *d'ensemble* ; puis, du jour au lendemain, reparait d'ensemble également et avec ses caractères antérieurs. Dans une des observations de M. Jacquet, (obs. 2), cette *éclipse* de la roséole eut lieu à deux reprises consécutives et il est du plus haut intérêt de noter que la disparition première eut lieu sous la simple influence du régime et du repos.

On le voit, la roséole que M. Jacquet nomme « roséole à éclipse » diffère totalement de la roséole de retour. Il ne s'agit pas là de la récurrence d'une éruption dès longtemps disparue mais bien de l'évanescence brusque et de la réviviscence brusque également d'une seule et même poussée éruptive.

En résumé, taches érythémateuses sans saillie, sans squames, apparaissant d'une façon symétrique d'une moitié du corps à l'autre moitié, de forme, de couleur et d'intensité variables, tels sont les caractères habituels, classiques de la roséole.

Nous devons y ajouter deux autres caractères très importants que M. L. Jacquet nous a indiqués : *la symétrie chronologique et le monomorphisme des éléments éruptifs*.

Le monophormisme, c'est-à-dire que la surface, la forme, la configuration des taches rosées sont, à titre général, les mêmes sur chaque individu.

Par symétrie chronologique M. Jacquet entend :

1° La symétrie d'évolution, c'est-à-dire que les taches apparaissent en même temps sur certaines régions et en des points symétriques.

2° La symétrie d'involution, c'est-à-dire que la régression, l'effacement des taches se fait en même temps et en des points symétriques.

Il y a pour ainsi dire synchronisme dans l'apparition et la disparition des éléments maculeux.

II

Pathogénie actuelle

De la description que nous venons de faire de la roséole, il résulte que c'est une éruption apyrétique, non prurigineuse, débutant toujours au niveau des flancs et des parties latérales du thorax, respectant habituellement la face et durant en général plusieurs semaines pour le moins. Elle présente de plus deux caractères sur lesquels M. L. Jacquet appelle tout particulièrement noire attention ; ce sont : la symétrie d'évolution et la symétrie d'involution d'une part, le monomorphisme des éléments maculeux chez le même individu, d'autre part.

Toute théorie pathogénique doit donc rendre compte de ces caractères importants, de même que de la variation d'intensité de coloration et de la confluence des éléments éruptifs de la roséole. Elle doit aussi en expliquer les anomalies d'évolution : nous voulons parler de la roséole de retour, de la roséole à éclipse.

Quelles sont donc les théories que l'on a émises pour expliquer la pathogénie de cet érythème à caractères si bien définis ?

Dès avant la découverte du spirochète, l'opinion médi-

cale avec M. le professeur Fournier considérait la roséole comme le résultat de l'agent infectieux inconnu. Décrivant les éruptions de la période secondaire, Fournier s'exprime ainsi : « J'ajouterai, avec le Dr Balzer, *que toutes les syphilides secondaires, quelle qu'en soit la localisation et quelle qu'en soit la forme, semblent bien devoir être constituées par des colonisations microbiques, par des foyers limités de l'agent pathogène spécifique.* »

Cette idée a prévalu, et depuis la découverte du spirochète de Schaudinn, l'on a tenté de nombreuses recherches dans ce sens. On a recherché le parasite au niveau même de la macule. Quelques auteurs, et ils sont en petit nombre, ont constaté sa présence dans les taches; d'autres observateurs, et ils sont en plus grand nombre, ne l'ont pas trouvé. Et cependant l'on admet, à l'heure actuelle, les conclusions de Veillon et Girard, approuvées d'ailleurs par Levaditi et Queyrat, conclusions d'après lesquelles, « la roséole est attribuable à une embolie microbienne ».

Veillon et Girard sont en effet les premiers auteurs qui ont décelé le tréponéma pallidum sur des coupes de roséole.

Voici leur observation que nous reproduisons *in extenso* :

« A l'apparition de la roséole chez un malade porteur
« d'un chancre sous-préputial, nous avons prélevé un
« petit fragment de peau au niveau d'une tache rosée
« datant de trois ou quatre jours; ce fragment a été traité
« suivant la méthode d'imprégnation argentique déjà

« employée par Levaditi, Burnet et Vincent. Les cou-
« pes de ce fragment, examinées à un faible grossisse-
« ment, montrent des lésions très localisées mais très
« nettes. La coupe porte sur une trentaine de papilles ;
« les lésions ne s'étendent que dans la zone répondant
« à 8 ou 10 d'entre elles. A ce niveau, dans les papil-
« les et la zone sous-papillaire du derme, les capillaires
« sont dilatés, gorgés de sang et par place on trouve
« autour d'eux une infiltration commençante de cellu-
« les rondes et mononucléaires.

« A un fort grossissement (Zeiss immersion apochcom
« 1,30), on peut reconnaître la présence de spirochè-
« tes dont la distribution topographique fait l'intérêt
« de cette note. On les observe dans les capillaires ter-
« minaux des papilles et dans quelques vaisseaux sous-
« papillaires. Les spirochètes sont très nettement cons-
« titués par un filament fin teinté en noir par le précipité
« d'argent et en spire comme dans un ressort à boudin.
« Bien qu'il n'y ait pas d'hémorragies, quelques spiro-
« chètes sont déjà hors des vaisseaux et se retrouvent
« dans les nodules péri-vasculaires.

« L'étude de ces coupes est intéressante à divers
« points de vue. Elle montre que :

« 1° Les lésions de la roséole syphilitique, même au
« début, sont déjà nettement accusées et consistent en
« une congestion intense des capillaires et une ébauche
« d'infiltration périvasculaire constituée par des élé-
« ments mononucléaires, mais cette infiltration est loin
« d'atteindre celle que l'on constate dans les papules bien
« développées de la période secondaire ;

« 2° La distribution topographique du spirochète dans
« la macule roséolique en explique la pathogénie. La
« tache éruptive n'est pas une lésion d'origine simplement
« toxique, elle est causée par une véritable embolie du
« parasite qui, transporté par le sang, vient se fixer
« dans les capillaires terminaux des papilles en pro-
« voquant à ce niveau des lésions congestives et une
« infiltration périvasculaire. »

Ces données ont été confirmées par Levaditi et Queyrat qui ont examiné des coupes d'une syphilide secondaire maculeuse à caractères légèrement papuleux. Ils ont rencontré de très rares tréponèmes avec légère accumulation d'éléments mononucléaires autour de certains capillaires, des papilles et de quelques petits vaisseaux du derme.

Indépendamment de ces observations, il n'en existe que trois mentionnant la présence du spirochète dans la roséole. Dans celle de Spitzer, il s'agit d'un exanthème maculeux siégeant sur le tronc et s'étant manifesté quarante-six jours après le début du chancre ; le suc coloré au Giemsa contenait de rares spirochètes.

Cette observation se rapproche de celle de Flexner, qui dans un cas, trouva de nombreux parasites au niveau des macules roséoliques.

Plus originale, quoique moins démonstrative, est la constatation de Badin qui examina le sang recueilli par piqûre d'une plaque de roséole datant de quinze jours, après l'avoir traité par la méthode de Nøggerath et Støchelin. Ce procédé, appliqué surtout à la recherche du tréponème dans la circulation générale, consiste à

prélever d'une veine un centimètre cube de sang que l'on laisse tomber dans dix centimètres cubes d'une solution aqueuse d'acide acétique à $1/3$ ‰, à centrifuger et à faire l'examen microscopique du culot par le procédé de Giemsa. Badin affirme avoir décelé des spirochètes typiques dans le sang recueilli au niveau d'une macule de roséole et traité d'après cette technique.

Cette dernière observation est sujette à critique. Le procédé employé par Badin (il s'agit de sang retiré par ponction d'une veine) s'applique surtout à la recherche du tréponème dans le sang et il ne démontre que cela. Or la présence du spirochète dans la circulation générale est un fait admis par tous. Mais de là à conclure à sa présence au niveau de la macule il y a un grand pas que Badin franchit avec trop de facilité.

De même l'observation de Levaditi et Queyrat ne prouve pas la présence du spirochète au niveau de la macule. De l'avis même des chercheurs, ils ont examiné des coupes d'une « syphilide secondaire maculeuse à caractères légèrement papuleux ». Ce n'est donc plus dans une macule, mais dans une papule que le parasite a été décelé. Nous ne pouvons donc admettre avec Levaditi et Roché que l'on puisse, de par cette observation, conclure à la présence du spirochète au niveau de la tache roséolique.

De sorte que, sur une manifestation aussi commune de la syphilis, il n'existe que trois observations probantes en ce qui concerne la présence du tréponème au niveau de la macule. Et encore, devons-nous rete-

nir que les spirochètes rencontrés par les auteurs dans la tache érythémateuse sont, de leur aveu même, des plus rares. Et cependant dans beaucoup d'autres accidents contemporains de la roséole (plaques muqueuses végétations etc...) on les y rencontre avec une fréquence et une constance remarquables.

Mais à côté de ces trois cas positifs, combien plus nombreux sont ceux où toutes les recherches sont restées infructueuses ! Ainsi Oppenheim et Sachs sur 15 cas n'eurent pas un seul résultat positif.

Les communications de Grouven et Fabry, celle de Doutrelepont, sur la recherche du spirochète au niveau de la macule roséolique, ne renferment que des cas négatifs. Roché, Mulzer, et Lipschütz ne parvinrent pas à déceler le parasite dans la roséole simple, dans la roséole ortiée et la roséole annulaire, malgré le grand soin qu'ils mirent à scarifier la lésion et à examiner soit le sang, soit la sérosité ou même des fragments de tissus.

L'âge de la roséole ne semble pas avoir une grande importance sur le résultat, car Scholtz opérant sur deux malades atteints de macules toutes récentes, rechercha vainement le parasite de la syphilis.

L'argument est donc insuffisant.

De plus, la théorie actuelle ne nous explique pas la localisation élective, le début, constant par les flancs, la symétrie topographique, la symétrie chronologique, le monomorphisme des éléments chez un même individu, le respect habituel de certaines régions. En somme elle ne peut expliquer aucun des caractères de la rosé-

ole car l'embolie microbienne est capricieuse. Ce serait, en effet, supposer une sorte d'intelligence du spirochète, capable de choisir les points sur lesquels il va coloniser, une sorte d'entente préalable des parasites à s'établir simultanément en des points symétriques de la peau.

Elle ne nous fait comprendre ni l'intensité de coloration, ni la confluence des éléments éruptifs ; car si l'on suppose qu'une roséole floride est due à un spirochète virulent, il faudrait, de toute nécessité, que les manifestations ultérieures de la maladie soient douées de caractères que l'on a l'habitude de rencontrer dans les syphilis graves : autrement dit qu'à roséole confluente et floride doivent nécessairement succéder des symptômes de syphilis maligne. Or il n'en est rien et d'après Fournier « les caractères de la première poussée éruptive » ne permettent pas de préjuger l'avenir d'une syphilis « lis ».

De même nous ne pouvons saisir certaines anomalies d'évolution. Pourquoi la roséole de retour est-elle généralement « une éruption appauvrie, discrète, triplement atténuée comme étendue de territoire éruptif, comme nombre d'éléments éruptifs et comme intensité » ! Elle est due, en effet, au même spirochète qui, au début de la période secondaire, a provoqué un exanthème intéressant à peu près tout le corps et se composant d'un grand nombre d'éléments maculeux.

Certes on peut dire que ce sont des « roséoles modifiées par le traitement spécifique » mais alors pourquoi cette roséole de retour intense et floride chez une de

nos malades (obs. 12) qui a reçu trois injections de Salvarsan à 8 jours d'intervalle. /

Et les reviviscences successives de ces roséoles que M. L. Jacquet nomme « roséoles à éclipse » ? Comment la théorie microbienne peut-elle nous expliquer cette éruption qui s'atténue au point de disparaître presque complètement, puis se ravive pour diminuer de nouveau assez rapidement, mais pas définitivement puisqu'une nouvelle reviviscence peut avoir lieu encore ?

On peut supposer, tout d'abord, une influence thérapeutique ! Mais les deux observations de M. L. Jacquet nous montrent que le traitement n'avait pas été institué encore lorsque se produisit la première régression suivie de reviviscence.

On peut admettre, ensuite, une série de variations dans la virulence du germe pathogène avec variations parallèles de l'éruption maculeuse. Mais alors nous devrions noter, chez nos malades, des variations d'intensité de tout le cortège des symptômes qui accompagnent la roséole. Et nos observations ne présentent rien de semblable.

Nous pouvons donc conclure que le spirochète est très rare au niveau de la tache roséolique et que la théorie microbienne ne nous explique ni les caractères habituels de la roséole, ni ses anomalies d'évolution.

III

Etude clinique

Ainsi que le spirochète soit ou non en jeu dans la roséole, il est absolument incapable de rendre compte des principaux caractères de cette éruption.

Il y a donc autre chose et c'est ce que nous allons essayer de prouver.

La roséole, avons-nous dit, coïncide habituellement avec un groupe de phénomènes qui marquent le début de la période secondaire, les symptômes sont légion et il nous paraît superflu de les rappeler tous.

Cependant, il est intéressant de noter que, ceux qui dominant la scène, tant par leur nombre que par leur constance, sont les troubles nerveux. La syphilis étant une maladie infectieuse, réagit fatalement sur les centres nerveux, à la façon des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, paludisme, etc...), ou même des affections toxiques (alcool, plomb) qui déterminent si souvent des symptômes nerveux.

Dès le début, en effet, le système nerveux est touché : en même temps que la roséole on observe de la céphalée, de l'insomnie, un état d'asthénie générale (asthénie

musculaire, digestive, nutritive) des névralgies très diverses dont la plus commune est la névralgie faciale, des névrites, des polynévrites enfin des troubles de la sensibilité.

Mais il n'est pas que le système cérébro-spinal sur lequel réagisse la syphilis, le système sympathique ou ganglionnaire peut également être éprouvé par elle et c'est ainsi qu'apparaissent divers symptômes dont les principaux sont les hyperidroses et les troubles de caloricité. Et Fournier prétend que « les algidités secondaires ont leur origine dans un état morbide du grand sympathique ».

C'est dans ce sens que M. L. Jacquet nous a conseillé de diriger nos recherches et dans son service à l'Hôpital Saint Antoine comme à sa polyclinique, nous avons pu étudier la roséole plus spécialement au point de vue des causes susceptibles d'influencer le système nerveux et en particulier du système grand sympathique.

Ces causes sont de deux sortes, les unes acquises ou personnelles, les autres héréditaires.

Parmi les premières, les irritations fonctionnelles semblent jouer un grand rôle.

En première ligne nous devons citer *l'alcoolisme*. On sait en effet que l'alcool dirige bien manifestement l'action de la syphilis sur les centres nerveux.

Plusieurs de nos malades sont des alcooliques invétérés buvant pour le moins deux litres de vin ou de bière deux et plus souvent plusieurs apéritifs, du cognac du rhum. Chez tous ces malades (obs. 3, 8, 10, 11, 12) nous relevons les signes caractéristiques de l'intoxica-

tion alcoolique ; tremblement des mains, insomnie avec hallucinations, cauchemars, pituite matinale accompagnée parfois de vomissements.

N... (obs. 2) dit n'être pas buveur, il prétend ne boire qu'un demi-setier de vin par jour et quelques apéritifs par-ci par-là. Cependant il paraît nettement alcoolique, il présente des tremblements des mains et des pituites matinales.

Aussi importantes sont pour M. Jacquet les *irritations* d'origine digestive.

Parmi nos malades les uns sont tachyphages ; ils mangent rapidement (obs. 3, 4, 5, 6, 13) chez eux les troubles digestifs consistent en lassitude et congestion de la face après le repas.

Dans l'observation 1 tachyphagie très accentuée (dix minutes) procurant des douleurs stomacales très vives.

D'autres (obs. 7-9) mangent vite et ingèrent une grande quantité de boisson (1 litre d'eau légèrement rougie à chacun des principaux repas) ; chez eux, les troubles digestifs sont plus accentués ; nausées, pesanteur au creux épigastrique, érythrose post-prandiale très vive, besoin de se reposer et souvent de dormir après les repas.

Certains (obs. 3-10) sont tachyphages, mangent beaucoup, à toutes heures de la journée ; ceux-là présentent des troubles digestifs avec nausées, vomissements et douleurs stomacales, érythrose post-prandiale.

Les *surmenages* de tout genre, en asthéniant l'organisme et diminuant sa résistance vitale, sont susceptibles d'agir sur le système nerveux.

Surmenage physique : H... (obs. 4) a allaité sa fille durant vingt-huit mois ; elle est si fatiguée qu'elle doit abandonner son travail.

L... (obs. 5), qui, 60 jours avant l'apparition de son chancre avait, pendant trois mois, travaillé 13 et 14 heures par jour, ne prenant que cinq à six heures de repos.

Dans l'observation 7 il s'agit d'un jeune homme qui depuis un mois exerce la profession de courtier en publicité, il fournit un travail considérable qui le fatigue beaucoup.

A... (obs. 8) doit abandonner son atelier tant elle est surmenée depuis deux mois.

Le surmenage moral, les préoccupations, soucis (obs. 7, 8), les chagrins, le découragement (obs. 12), influencent aussi le système nerveux.

Enfin le surmenage dû aux plaisirs, aux veilles, tels les malades qui font l'objet des observations 11, 12.

On sait que la *grossesse* a une influence particulière sur le système nerveux dont elle exagère les affections ou même les fait naître.

Deux de nos malades sont enceintes, l'une de neuf mois (obs. 6) l'autre de quatre mois (obs. 4) toutes deux sont anémiées, affaiblies.

A côté de la grossesse nous devons citer les *troubles utéro-ovariens*.

Quelques-unes de nos malades se plaignent de douleurs abdominales à l'approche de leurs règles ; tel est le cas de l'observation 13, d'autres ont des menstrues irrégulières (obs. 11).

V... (obs. 10) a subi l'hystérectomie totale pour fibrome.

M... (obs. 3) est atteinte d'annexite double.

M. Jacquet insiste avec juste raison sur les prédispositions héréditaires. Pour lui, l'hérédité nerveuse et par conséquent vaso-motrice, pèse d'un lourd fardeau sur l'organisme et lui impose des charges inéluctables.

Dans nos observations, en effet, nous notons avec une constance remarquable, que les antécédents héréditaires nerveux ont une répercussion très nette sur nos malades qui sont : soit des prédisposés au nervosisme, soit des nerveux héréditaires.

Observation 3 : le père gros, robuste, érythrosique, la malade est grosse, érythrosique.

H... (obs. 4) est de père grand, vigoureux, érythrosique ; elle a huit sœurs et frères tous congestifs, elle-même est très rouge.

Dans les observations 5, 6, la mère est nerveuse facilement impressionnable ; nous ne notons rien de particulier chez nos malades.

Observation : 7 le père est obèse, congestif, le malade est nerveux, érythrosique, il a un frère et une sœur également nerveux, érythrosiques.

Dans l'observation 8, le père est vif, d'un caractère emporté, congestif. A... est très sensible, pleure sans motif, sa sœur est aussi très nerveuse.

Le père est vigoureux, rouge dans les observations 9, 10, les malades sont érythrosiques.

Dans l'observation 11 le père est alcoolique, la mère congestive, paralysée, la malade s'adonne à la boisson, elle est érythrosique, et nerveuse.

Dans l'observation 13, pas d'antécédents nerveux, rien de particulier chez la malade.

Voici donc un ensemble de raisons tendant à faire supposer que le système nerveux et en particulier celui du grand sympathique est prédisposé par l'hérédité et qu'il est d'autre part mis en branle dès les premiers temps de l'infection syphilitique d'une façon plus ou moins intensive.

M. Jacquet nous a signalé le moyen d'évaluer dans une certaine mesure le degré des réactions vaso-motrices chez un individu donné.

A cet effet il nous a engagé à étudier chez nos malades, porteurs de roséole :

La roséole émotive, la raie vaso-motrice.

La roséole émotive est une congestion, une rougeur qui se manifeste sous l'influence d'une émotion dans différents points du tégument cutané et principalement à la partie antérieure et supérieure du thorax ; elle peut s'étendre d'une part jusqu'au bas de la région sternale, d'autre part, jusque vers le milieu du cou ; enfin on peut l'observer en même temps à la région supérieure du dos.

En général, elle fait son apparition sur la partie supérieure du thorax et à la région sternale par des petites taches rosées, irrégulièrement arrondies d'abord rares puis rapidement confluentes et qui tendent bientôt à se réunir de façon à former des plaques plus ou moins étendues. Ces plaques se réunissent à leur tour et la peau peut offrir alors, une rougeur uniforme et plus ou moins intense.

De l'ensemble des cas où nous avons pu noter la roséole émotive, nous pouvons dire, qu'au niveau où elle se produit, elle renforce la coloration de la roséole syphilitique et que son intensité et sa durée sont fonction des excitations du système nerveux.

Dans les observations 3, 6, 8, 9, 10, 11, la roséole spécifique présente une coloration plus vive au moment où la malade se dévêt, c'est-à-dire dès qu'apparaît la roséole émotive.

Son intensité et sa durée sont plus marquées dans les observations 3, 6, 9, 10, 11 concernant des alcooliques, présentant des troubles digestifs, nausées, vomissements, érythrose post-prandiale, douleurs à la région épigastrique. Elle est moins vive dans les observations 6, 9, où il s'agit de femmes enceintes, anémiées par la grossesse, tachyphages, constipées.

Plus importants et plus concluants sont les résultats fournis par la raie vaso-motrice.

La raie vaso-motrice est une trainée rouge, déterminée, au bout de quelques instants, par le frottement léger de la peau à l'aide d'un corps moussé.

Pour la rechercher nous nous sommes servis d'un simple abaisse-langue avec lequel nous avons tracé deux lignes parallèles à la partie supérieure du thorax.

Nous avons constaté tout d'abord que l'intensité de la raie vaso-motrice est fonction de l'irritation du système nerveux. Plus le système nerveux est ébranlé, plus la raie vaso-motrice est vive, plus elle est durable.

L'observation 3 concerne une alcoolique, tachyphage, présentant des troubles digestifs, nausées, vomissements

pesanteur à la région épigastrique, érythrose post-prandiale, envie de dormir; chez elle la raie vaso-motrice apparaît dès qu'elle est provoquée, elle est intense et anormalement durable.

Dans l'observation 6 il s'agit d'une femme enceinte de neuf mois, très affaiblie par sa grossesse, (elle est souvent obligée de se reposer dans la journée tant elle est fatiguée) tachyphage; la raie vaso-motrice apparaît aussitôt, elle est vive et disparaît lentement.

T... (obs. 7) est érythrosique, tachyphage, très nerveux; chez lui, la digestion est pénible, érythrose post-prandiale avec besoin de s'étendre; des ennuis sérieux l'ont beaucoup déprimé, de plus il se surmène considérablement depuis un mois. La raie vaso-motrice est intense, elle disparaît lentement.

Même constatation dans les observations 8, 10, 11, 12. Ces malades sont alcooliques, érythrosiques, tachyphages, présentant des troubles digestifs très marqués et en état de nervosité extrême; toutes sont très impressionnables, un rien les émotionne, elles pleurent sans motif, de plus dans les observations 11, 12, surmenage de plaisirs, veilles, etc. La raie vaso-motrice est intense dès qu'elle est provoquée; elle est très lente à disparaître.

Au contraire dans les observations 4, 5, 9, 13, la raie vaso-motrice est moins marquée, elle apparaît plus lentement et disparaît assez rapidement.

H... (obs. 4) est tachyphage, pas de troubles digestifs, érythrose post-prandiale seulement; la raie vaso-motrice est lente à se montrer, elle disparaît assez lentement.

Dans l'observation 5, L... est tachyphage pas de troubles digestifs, c'est un surmené, un anémié, la raie vaso-motrice est peu marquée.

Dans l'observation 9 il s'agit d'une femme enceinte de quatre mois, anémiée, présentant des troubles digestifs, la raie vaso-motrice apparaît lentement et disparaît de même, mais elle est peu marquée.

H... (obs. 13) se plaint de douleurs abdominales à l'approche de ses règles, pas de troubles digestifs, elle éprouve cependant le besoin de se reposer après les repas. La raie vaso-motrice est à peine marquée, elle s'efface très vite.

Mais il y a plus, à côté de ce rapport constant entre la réaction vaso-motrice et l'ébranlement du système nerveux, nous avons observé un parallélisme remarquable entre l'intensité de la roséole et celle des réactions vaso-motrices.

Chez certains sujets à roséole floride et intense nous avons noté une roséole émotive et une raie vaso-motrice vives et anormalement durables.

Chez d'autres au contraire nous avons vu une éruption plus ou moins discrète en rapport avec une raie vaso-motrice plus ou moins atténuée.

L'observation 3 concerne une femme qui présente un exanthème syphilitique confluent, d'un rose foncé presque rougeâtre, à macules étendues, arrivant par places au contact pour constituer de larges placards. Chez elle, la raie vaso-motrice est intense, anormalement durable la roséole émotive apparaît dès que la malade se dévêt, renforçant très nettement l'éruption spécifique.

Roséole confluyente et d'un rose foncé dans l'observation 6 ; la raie vaso-motrice est intense, la roséole émotive couvre toute la partie antérieure du thorax, renforçant la coloration de l'érythème maculeux.

L'observation 7 nous montre une roséole intense et confluyente, une raie vaso-motrice très vive.

Dans les observations 8, 10, 11, 12, il s'agit de roséoles florides et intenses avec macules étalées, se réunissant par places pour former de gros placards (principalement dans les obs. 8, 11, 12) ; la raie vaso-motrice est intense dès qu'elle est provoquée, elle disparaît très lentement.

Voici une roséole discrète, d'un rose très légèrement foncé (obs. 5, 13) la raie vaso-motrice est peu marquée, elle s'efface très rapidement.

B... (obs. 9) présente une roséole discrète d'un rose pâle ; la raie vaso-motrice est peu marquée ; la roséole émotive renforce faiblement la roséole syphilitique.

Nous avons donc montré tout d'abord que le système nerveux était éprouvé dès le début de la syphilis ; qu'il était ébranlé par de nombreuses irritations fonctionnelles, et prédisposé par l'hérédité. Nous avons prouvé, en mesurant le degré de l'atteinte du système nerveux par l'étude des phénomènes vaso-moteurs :

1° Que la réaction vaso-motrice est fonction de l'atteinte du système nerveux ;

2° Qu'il y a un rapport intime entre l'intensité des réactions vaso-motrices et celles de la roséole.

Nous sommes donc amenés à supposer qu'il y a une relation entre le déséquilibre du système nerveux et la

roséole. Et si maintenant, en agissant sur les diverses causes d'irritations nerveuses que nous avons énoncées, indépendamment de tout traitement spécifique, nous arrivons à atténuer ou à faire disparaître la roséole, nous serons bien en droit de conclure à une relation certaine entre la roséole et le système nerveux.

Nous savons, que non traitée, la roséole persiste plusieurs semaines, un mois, deux mois et même davantage en devenant de plus en plus foncée et surtout en se compliquant d'autres éléments éruptifs.

Or, chez deux de nos malades que nous avons soumis au régime ataraxique de M. Jacquet, indépendamment de tout traitement spécifique (nous le répétons à dessein), l'éruption a presque complètement disparu en moins de trois semaines. Voyons plutôt.

M... (obs. 3) est alcoolique, tachyphage, elle présente des troubles digestifs avec sensation de pesanteur au niveau de l'épigastre, nausées, vomissements, malaise général, envie de dormir, congestion de la face après les repas, constipée. Chez elle l'éruption est confluyente et d'un rose foncé presque rougeâtre, la raie vaso-motrice apparaît vivement, elle disparaît très lentement.

Nous ordonnons, à la malade, le régime ataraxique, avec suppression complète des boissons, frictions de la peau et une gymnastique abdomino-périnéale.

Le 5 décembre, c'est-à-dire trois jours après le début de notre traitement, les vomissements ont disparu, les douleurs gastriques sont moins vives, les nausées moins fréquentes ; la roséole a pâli légèrement.

Le 9, la digestion est plus facile, la malade est plus à

l'aise après les repas, l'érythrose post prandiale moins marquée, plus de constipation, l'éruption s'atténue tant au point de vue de sa confluence que de sa coloration qui est d'un rose pâle. Et le 16 décembre, la malade est étonnée elle-même de la disparition presque complète de sa roséole, dont il ne reste plus que quelques macules d'un rose pâle et très disséminées à la partie supérieure du thorax et dans le dos. De plus la raie vaso-motrice apparaît moins rapidement, elle est moins vive et disparaît plus vite.

L'observation 10 est aussi concluante : V... est une érythrosique, tachyphage, buvant un litre de vin, du café, l'apéritif à chaque repas ; pituites matinales et nausées, parfois vomissements, brûlures à l'estomac ; elle est mal à l'aise après le repas, érythrose post-prandiale, constipation. Insomnie, cauchemars ; très impressionnable, elle pleure sans motif.

Éruption confluyente et d'un rose foncé, raie vaso-motrice intense, disparaissant lentement. Nous traitons la malade par le régime ataraxique, frictions de la peau. Dix jours après, elle est plus à l'aise après le repas, plus de pituites, plus de nausées, plus de brûlures à l'estomac ; constipation moins prononcée. La raie vaso-motrice apparaît moins vite, elle disparaît assez rapidement. La roséole a pâli considérablement ; sa confluence est moindre.

Et seize jours après le début du traitement plus de troubles digestifs, plus de céphalée, dort mieux, état général considérablement amélioré ; la roséole se fane, les taches sont d'un rose pâle ; dans son ensemble elle

est très discrète. De plus la raie vaso-motrice est lente à se produire, elle disparaît très vite.

Ainsi ces deux observations montrent bien le rapport qui existe entre le système nerveux et la roséole. En agissant directement sur les différentes causes d'excitation, en les atténuant, en équilibrant en quelque sorte le système nerveux, si profondément éprouvé par l'alcoolisme, les troubles digestifs, nous voyons disparaître l'éruption maculeuse.

Un exemple bien plus frappant qui a trait à une roséole de retour vient confirmer notre manière de voir. Nous avons pu saisir sur le vif la genèse, le mécanisme de l'excitation chez une malade qui, à quatre mois d'intervalle, a fait deux séjours dans le service de M. Jacquet.

Lors de son premier séjour (obs. 5) elle présente une roséole confluyente d'un rose pâle ; pas de troubles digestifs, simplement constipation, fatigue générale, céphalée violente et anorexie. Après trois semaines passées salle Rostan, elle quitte le service complètement remise ; elle ne souffre plus, elle a retrouvé son appétit et ses forces ; sa roséole a disparu : la malade a reçu trois injections intra-veineuses de Salvarsan.

Quatre mois après (obs. 12), la malade nous revient avec une roséole de retour très différente de celle que décrivent les classiques, qui est triplement atténuée comme étendue de territoire, comme nombre d'éléments éruptifs et comme intensité de coloration. Or chez notre malade, l'éruption est toute autre. Elle est floride et intense ; elle intéresse tout le corps, descendant jusqu'au niveau des genoux, respectant la face ; elle se compose

de macules étalées, à bords irréguliers en moyenne de la grosseur d'un gros pois à celle d'une pièce d'un franc, d'un rose très foncé, s'effaçant assez difficilement à la pression du doigt. Elles sont très confluentes, criblant le corps ; à la région lombaire, sur les fesses et la face interne des cuisses, les éléments se réunissent pour constituer de larges placards. En outre la raie vaso-motrice est d'une forte intensité, et les macules qu'elle rencontre présentent une coloration plus vive.

Nous avons pu saisir le pourquoi de cette roséole de retour si floride. Depuis sa sortie de l'hôpital, en février, la malade mène une vie très irrégulière, toute différente de l'existence calme et paisible qu'elle avait auparavant. Elle est minée par des chagrins intimes qui lui procurent beaucoup de soucis et pour surmonter son état de dépression morale, elle se livre aux plaisirs, veille jusqu'à 2 et 3 heures du matin (et cependant elle se rend à son travail à 7 heures), ne prend que quatre à cinq heures de repos et cela depuis près de trois mois ; boit deux et trois litres de bière par jour sans compter les apéritifs et les petits verres ; de plus elle se plaint de troubles digestifs, nausées, parfois vomissements, brûlures stomacales, érythroïse post-prandiale très prononcée.

Nous avons donc, chez une femme traitée par le Salvarsan, une roséole de retour anormalement floride et intense, plus intense même que la roséole primitive et qui coïncide avec un ensemble d'irritations acquises éminemment nocives pour le système nerveux.

C'est une preuve quasi-expérimentale de la théorie que nous avançons. De plus en soumettant la malade

au repos complet, au régime ataraxique, en supprimant la majeure partie des boissons (nous la décidons à ne prendre qu'un litre de bière dans les 24 heures), nous obtenons, après une seule injection de 0,55 néo-Salvarsan, un résultat très important. La roséole a disparu complètement quatre jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Or l'expérience montre que le traitement spécifique n'agit jamais avec autant de rapidité. Nous sommes donc autorisés à conclure que, si la roséole a disparu en si peu de temps, c'est que nous avons agi très efficacement en supprimant les diverses causes d'irritation (dans le cas particulier, l'alcoolisme, le surmenage).

Mais le fait est plus saisissant encore dans la roséole à éclipse de M. L. Jacquet.

Voici en effet (obs. 2) une roséole floride, confluyente à la face, intense sur le tronc et le cuir chevelu, à peine marquée sur les membres où l'on ne trouve que quelques rares éléments. C'est une roséole précoce qui est apparue quinze jours après l'éclosion du chancre. Le malade est un alcoolique, (tremblement des mains, pituites matinales); son hygiène alimentaire est mauvaise (mange très épicé, très vinaigré); c'est un nerveux (un rien l'émotionne).

Or dès le lendemain de son entrée salle Aran, sous la seule influence du repos et du régime ataraxique, la roséole a perdu son aspect floride et diminué considérablement d'intensité; en même temps l'état général devient meilleur, le malade repose mieux et sa nervosité paraît moindre.

Donc, ici encore, indépendamment de tout traitement spécifique, la roséole a pâli considérablement.

On institue le traitement plurimercuriel de M. L. Jaquet. A ce jour les macules roséoliques sont peu apparentes sur le corps; mais le sont nettement à la face. Deux jours après le début du traitement, le malade est obligé de sortir pour affaires ; il est stylé à cette occasion et s'engage à ne rien boire ou manger en dehors de son régime d'hôpital. On a tout lieu de croire qu'il a tenu sa promesse; mais il a dû se surmener, ayant de nombreuses courses à faire. Le lendemain, les taches roséoliques qui avaient presque complètement disparu sur le corps, ont repris une certaine intensité en même temps que celle du visage se sont accentuées.

Cette observation montre bien que la reviviscence a été provoquée par une sortie du malade qui s'est surmené.

Remarquons en outre que cette reviviscence a eu lieu alors que le traitement mercuriel était institué depuis trois jours.

Enfin deux observations viennent confirmer d'une façon décisive la thèse que nous soutenons. Il s'agit de deux malades (obs. 5, 13) chez qui nous avons noté une prédominance de l'éruption sur une moitié du corps.

Dans l'observation 5, la roséole a débuté par des petites taches au niveau du flanc *gauche* et dans son évolution elle a conservé une confluence plus marquée dans les régions sous-épineuse et sous-axillaire *gauche*.

Dans l'observation 13, nous assistons au début d'une roséole. L'éruption est discrète mais affecte les deux

côtés avec une inégalité frappante. Alors qu'à *gauche*, sous l'aisselle et dans le dos, les macules sont en nombre assez considérable pour nous fixer sur la nature de l'éruption, à droite elles sont en si petit nombre que nous arrivons à en compter une quinzaine. L'érythème évolue d'ailleurs discrètement mais avec une prédilection plus marquée à *gauche*.

Nous avons recherché les causes de cette particularité et nous avons trouvé dans les antécédents des deux malades, *une pleurésie gauche*. Dans l'observation 5 la pleurésie remonte à 5 ans et à l'auscultation nous avons une inspiration rude dans toute la hauteur du poumon gauche. Dans l'observation 13 la pleurésie date de 20 ans, respiration soufflante dans toute la hauteur du poumon gauche avec bronchophonie au sommet.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer combien ces observations se rapprochent des faits que M. L. Lebar a signalé dans sa thèse sur les hyperesthésies systématisées et troubles connexes. Et de même que M. Jacquet et M. Lebar attribuent ces troubles sensitifs localisés à une lésion existant du même côté que ces troubles, il nous est impossible de ne pas voir un lien entre cette irritation unilatérale (la pleurésie) et l'unilatéralité de l'éruption roséolique.

L'ensemble de ces faits si importants, si concluants, vont nous servir à édifier une théorie se conciliant mieux avec les différents caractères de la roséole.

IV

Essai de pathogénie

De l'ensemble des faits que nous venons d'étudier, il se dégage nettement, qu'à côté du spirochète, dont nous ne voulons nullement méconnaître l'importance pathogénique, il y a place pour toute une série de facteurs ayant pour origine l'organisme humain et que l'esprit médical actuel, trop simpliste à notre sens, a une tendance trop grande à négliger.

Que le spirochète soit en jeu dans les diverses manifestations de la syphilis cela n'est pas douteux.

Mais peut-on, en vérité, soutenir qu'il est seul en cause dans la roséole ? De l'aveu même des auteurs qui l'ont recherché dans les macules, il y est extrêmement rare ; et toutes nos investigations à ce sujet, ont abouti à trouver un nombre infime de cas positif (3 cas).

Comment concilier ce fait avec le nombre si considérable de roséoles et pourquoi est-il si rare là, alors qu'il est presque constant dans les autres manifestations syphilitiques contemporaines ?

D'autre part, comment ne pas être impressionné par les divers caractères de la roséole, la symétrie topographique, chronologique, le monomorphisme des éléments, etc., que la théorie de l'embolie microbienne ne peut expliquer d'une manière satisfaisante ?

Pour la symétrie topographique, il faudrait admettre une sorte d'intelligence du spirochète allant coloniser aux mêmes points du corps ; pour la symétrie d'évolution et d'involution, une sorte d'entente préalable des spirochètes à évoluer de concert. Or ce sont là des choses qu'on ne saurait soutenir.

Il fallait donc chercher dans un autre sens. Et M. Jacquet nous a fait remarquer que, si le spirochète est impuissant à lui seul à rendre compte des caractères de la roséole, peut-être l'observation du malade, ses antécédents, ses tares, ses troubles fonciers, nous permettraient-ils de voir plus clair.

Nos observations nous ont confirmé, pour une grosse part, cette manière de voir.

En effet, la syphilis réagit d'une façon constante sur les centres nerveux en provoquant des désordres dont la clinique et l'expérience démontrent l'importance. Mais à cette irritation d'ordre purement spécifique, nous devons ajouter toute une série de causes d'irritations fonctionnelles, à point de départ varié, que nous avons rencontrées dans nos observations avec une fréquence telle qu'il est impossible de ne pas en tenir compte. Ce sont : l'alcool, les troubles digestifs, utéro-ovariens, le surmenage sous toutes ses formes, la grossesse ; on sait que ces causes sont susceptibles de retentir en mal sur

le fonctionnement du système nerveux ; et si nous faisons la part des diverses excitations qui agissent héréditairement, nous aurons accumulé un grand nombre de preuves qui trahissent l'hypéresthésie du système nerveux et du système vaso-moteur en particulier.

Cette atteinte, M. Jacquet nous a appris à la rechercher et à en évaluer en quelque sorte le taux par l'étude des réactions vaso-motrices.

Cette étude, en effet, nous a permis de constater d'une façon évidente, que ce déséquilibre vaso-moteur était lié à l'existence des différentes causes d'irritation que nous venons d'énoncer. En outre, nous avons pu voir qu'il y avait un rapport intime entre l'ébranlement du système nerveux et les réactions vaso-motrices. Plus le système nerveux est irrité plus les réactions vaso-motrices sont vives. Cette relation, que nous avons observée entre le système nerveux et les réactions vaso-motrices, nous l'avons retrouvée, aussi saisissante, entre ces mêmes réactions vaso-motrices et l'intensité de la roséole. Plus les phénomènes vaso-moteurs sont intenses, plus la roséole est floride et confluyente.

Ces rapports entre la roséole et les phénomènes vaso-moteurs sont rendus plus manifestes encore par ce fait qu'en supprimant les causes d'ébranlement nerveux, nous arrivons à atténuer et parfois à faire disparaître d'un même coup les phénomènes vaso-moteurs et la roséole. De plus la roséole de retour qui fait le sujet de l'observation 12 nous en fournit une preuve quasi-expérimentale.

Enfin, la roséole à éclipse nous montre bien l'excita-

tion nerveuse qui provoque la réviviscence roséolique.

Il est donc logique de conclure qu'il y a dans la roséole un élément très important ; c'est l'élément vasomoteur.

Le spirochète peut alors intervenir comme une cause d'irritation agissant sur un système nerveux déjà profondément ébranlé et déséquilibré par une accumulation tant héréditaire que personnelle.

Et de cette façon, les caractères de l'érythème syphilitique que ne pouvait expliquer le spirochète considéré comme agissant *in situ*, se comprennent plus facilement ; et la roséole se présente d'une façon beaucoup plus intelligible dans sa très nette systématisation.

V

Traitement

Nous ne voulons même pas discuter l'importance du traitement spécifique qui conserve toute sa valeur dans la roséole.

Mais des considérations qui précèdent, nous sommes en droit de penser qu'il est de tout intérêt de traiter l'état général du malade et plus spécialement le système nerveux dont on ne peut nier l'atteinte.

On s'efforcera donc, par un examen minutieux et approfondi, de découvrir chez le malade, non seulement les tares viscérales, encore de simples troubles de fonctionnement pour y remédier dans la mesure du possible.

Les fonctions gastriques en particulier seront scrupuleusement examinées avec soin pour remédier à ces viciations de l'hygiène digestive, notamment la tachyphagie, la polyphagie, etc., causes si fréquentes de la *surirritation* de l'estomac. Comme le dit M. Jacquet, c'est le traumatisme de la muqueuse digestive, sa surirritation qui, par l'intermédiaire du système nerveux actionne les tissus, surmène les fonctions, les dérègle et les force.

Nous proposons par conséquent le régime ataraxique de M. Jacquet que nous avons employé et dont nous avons constaté les résultats excellents.

Ce régime (de α privatif et $\tauαρασσω$ je trouble) est susceptible de beaucoup de variétés et de nuancement suivant les cas. Il va de la diète hydrique au régime ordinaire, en passant par la cure de Képhir, de lait écrémé, de lait ordinaire, et les diverses modalités de la cure végétarienne. Il comporte aussi certaines réductions ou suppressions d'aliments ou de boissons, la sieste post-prandiale avec sur-aération et auto-mobilisation abdominale, etc.

Nous ne pouvons nous étendre sur ce sujet et nous nous bornerons à relater ici sa formule la plus simple, celle qui est employée journellement à la Polyclinique de Saint-Antoine.

Voici en quoi elle consiste :

1° Manger avec une extrême lenteur ($3/4$ d'heure seront consacrés à la mastication minutieuse de tous les aliments y compris les œufs et les purées).

2° Supprimer tous les épices sauf le sel ; s'abstenir de poissons, coquillages, charcuterie sauf le jambon.

3° Boire 1 à 2 verres d'eau légèrement rougie ; ni vin pur, ni bière, ni liqueur, ni apéritifs quels qu'ils soient.

OBSERVATIONS

Observation 1

(due à l'obligeance de M. JACQUET)

Chancre reviviscent. Roséole à éclipse.

M^{lle} M..., 24 ans, femme de chambre, entre le 22 décembre 1906, salle Rostan, n° 5.

Chancre de la lèvre inférieure, à droite ; début il y a trois semaines.

Roséole typique et intense ; céphalalgie violente survenant surtout après les repas, jamais nocturne ; ayant débuté en même temps que le chancre : « avant mon bouton, je ne connaissais pas le mal de tête » puis allant *crescendo*.

Règles huit à dix jours auparavant (28 novembre) à leur date mais plus longues et surtout plus abondantes et plus douloureuses que d'habitude.

Légère chute des cheveux à ce même moment ; fait *insolite*, M^{lle} M... a remarqué à peu près en même temps que paraissaient les règles, que son impressionnabilité assez vive ordinairement avait augmenté : crises de larmes, sommeil très agité, grand abattement.

Réflexes rotuliens exagérés.

Depuis le 17 décembre, M^{lle} M... a assez souvent des douleurs stomacales, survenant aussitôt le repas : début par sensation de chaleur au creux épigastrique coupant la respiration, douleur intense, crises de larmes. Pas de vomissements, ces douleurs durent en moyenne dix minutes, elles sont calmées par application de glace et de laudanum.

Tachyphagie. — Très accentuée (dix minutes) de tout temps.

Pas de polydypsie, pas de vin, pas d'alcool, trois à quatre tasses de café par jour, et très fort. Malgré sa tachyphagie M^{lle} M..., avant son chancre, digérait bien ; ce n'est que depuis l'apparition de ce dernier, que les douleurs stomacales sont apparues.

Soins dentaires commencés le 26 décembre 1906, terminés le 8 janvier 1907.

Elle avait souffert de plusieurs crises violentes odontalgiques vers l'âge de 12 à 13 ans, depuis cette époque plus aucune douleur.

9 janvier. — La céphalée a beaucoup diminué, le sommeil est toujours agité, suppression du café depuis son entrée, pression épigastrique douloureuse, pression du pneumogastrique peu sensible, celle de l'œsophage l'est au contraire nettement.

11 janvier 1907. — Régime lacté depuis avant-hier matin, jusqu'à hier soir. Depuis plusieurs nuits la malade ne dormait pas. Avant-hier matin elle a été examinée longuement au point de vue gastrique, œsophagien et pneumo-gastrique, avec pressions répétées, le tout après long interrogatoire. La céphalée très légère le matin, a énormément augmentée dans l'après-midi et a été très violente.

La nuit suivante a été presque sans sommeil, mais celle d'hier

a été très bonne, et ce matin la malade se trouve très bien.

Hypéresthésie du cuir chevelu depuis quelques jours, pas de prurit, pas de dépilation.

Pression épigastrique non douloureuse, pression œsophagienne encore très douloureuse.

La roséole a complètement disparu.

Depuis avant-hier matin, vers huit heures, elle souffre un peu de la gorge, cette dysphagie s'est accentuée le soir, elle existe encore un peu ce matin et nous trouvons la gorge rouge avec dépôt pultacé sur l'amygdale droite.

14 janvier. — Hier samedi la malade est prise d'un violent accès de fièvre (40°) de température, céphalée intense, sommeil très agité, dans la nuit qui a précédé. La dysphagie s'est notablement améliorée.

Ce matin la température est à 39°5, la malade est courbaturée, de plus, elle se plaint de souffrir dans la région *rétro-maxillaire droite*.

A la région mastoïdienne supérieure et sous-parotidienne tuméfaction très importante et très sensible, probablement d'origine ganglionnaire et le bubon chancreux qui est contigu à cette tuméfaction et encore très volumineux, contraste par sa quasi-indolence avec l'extrême sensibilité de cette nouvelle adénopathie.

Les amygdales sont tuméfiées, recouvertes sur leur face interne comme excavée d'un épithélium épaissi, opalin, blanc bleuté, avec léger dépôt à droite.

La pression œsophagienne et notamment celle du pneumogastrique à droite, très sensible.

16 janvier 1907. — La tuméfaction sous-auriculaire et rétro-maxillaire s'est accentuée et est extrêmement sensible y com-

pris le bubon chancreux. Pourtant, cette sensibilité serait un peu moindre qu'hier. Les amygdales sont encore très volumineuses et ont pris nettement à leur face interne l'aspect ulcéreux grisâtre vaguement diphtéroïde *surtout à droite.*

A gauche il y a une très minime adénopathie. Le chancre a très appréciablement diminué depuis l'entré mais forme encore plateau très nettement induré.

L'énervement et les sensations pénibles, surtout à l'épigastre, au siège des crampes antérieures et à la ceinture, sont très vives, les traits sont tirés.

Plus de maux de tête, plus d'hypéresthésie du cuir chevelu. Pas de dépilation. Début de traitement intensif.

Le régime lacté n'a pas été supporté plus d'une semaine. Régime des convalescents, elle mange d'ailleurs fort peu.

La roséole qui avait paru presque terminée, a *reparu de façon très notable.*

18 janvier 1907. — Traitement intensif bien fait et bien supporté depuis le 16. L'amygdalite s'est accentuée et à la face interne des amygdales il existe des exsudats assez importants.

Le chancre, qui avait manifestement regressé de manière importante, *reprend depuis quelques jours un volume très évidemment supérieur*, et il y a infiltration dure et en plateau de toute l'épaisseur de la lèvre à son niveau; une partie de la néoplasie est érosive et suintante, et cette partie est limitée exactement à celle qui est en contact avec la lèvre supérieure. Le volume total: un franc environ. L'adénopathie est toujours énorme et très douloureuse.

La roséole qui avait nettement récidivé a pâli de nouveau.

Il y a toujours grand nervosisme avec sensation douloureuse gastrique et abdominale très vive à la pression. Il y a aussi une

vive hyperesthésie musculaire et même hyperesthésie très vive de certaines régions, du pannicule sous-cutané.

23 janvier 1907. — Les amygdales sont énormes exulcéreuses et vaguement diptéroïdes. Il n'y a plus de crises gastriques violentes depuis déjà plusieurs jours, mais la pression épigastrique et même abdominale est toujours très vive, bien que la malade mange à peine. L'hyperesthésie musculaire et même sous-cutanée est à peu près générale et très violente. Il ne semble pas y avoir d'hyperesthésie cutanée.

Une purgation (un verre eau de Sedlitz) prise avant-hier a amené de grandes évacuations bilieuses et des vomissements.

Depuis l'état nauséeux persiste mais certaines sensations douloureuses auraient disparu. L'adénopathie est toujours très douloureuse. *Le chancre toujours volumineux.* Il ne semble pas y avoir eu de nouvelles poussées de néo-roséole. L'anémie et la fatigue semblent très grandes. Pas de maux de tête. Au cuir chevelu pas d'hyperesthésie perçue par la malade, mais la traction même légère des cheveux est très douloureuse. Pas de prurit.

Depuis trois ou quatre jours la dépilation, chose à peu près inconnue jusqu'ici de cette malade, est devenue abondante.

Reprise du traitement, suspendu depuis le 19.

24 janvier 1907. — Vomissements ce matin.

La croûte qui recouvrait le chancre est tombée d'elle-même, l'induration semble diminuer un peu.

25 janvier 1907. — La dépilation diminue. Même état pour le reste. Suspension du traitement.

28 janvier 1907. — La masse adénopathique *droite* a encore augmenté et s'étend en bas, en dedans jusqu'à deux travers de doigt de l'extrémité interne de la clavicule droite.

La masse est vaguement fluctuante avec un peu de rougeur

superficielle. La température = 38°; pas de douleur spontanée. La douleur de pression même, encore très vive, a diminué; état général meilleur : le *chancre regresse à vue d'œil*. La roséole a presque entièrement disparu ; règles en retard de dix jours, l'appétit revient ; reprise du traitement intensif arrêté depuis le 25. Amygdales hypertrophiées.

30 janvier 1907. — La malade au traitement intensif se plaint de maux de cœur uniquement après les lavements.

L'état local est amélioré, la masse adénopathique reste volumineuse et la peau tendue entre deux masses ganglionnaires donne une sensation de fluctuation.

31 janvier 1907. — Meilleur état général. Les amygdales se nettoient.

La masse adénopathique est très pseudo-fluctuante.

Il y a toujours un noyau d'induration chancreux.

Il n'y a plus de crampes d'estomac.

L'état fonctionnel est meilleur.

1^{er} février 1907. — Incision sur le bord antérieur de la masse fluctuante, évacuation d'un verre de pus, la collection paraissant être au-dessus du sterno.

4 février 1907. — Détente immédiate : « *tout a été mieux* », nous dit la malade, reprise de l'appétit. Ce matin (4 février) l'induration chancreuse a *peut-on dire disparu*. L'isthme est très nettement amélioré.

Le traitement a été suspendu le 31 janvier. Il y avait eu diarrhée le jeudi (4 à 5 selles). La diarrhée diminue, mais dure encore, nul autre symptôme d'intoxication mercurielle.

13 février 1907. — Tout allait bien depuis le 4, lorsqu'il y a deux ou trois jours, on a constaté un nouvel abcès cervical super-

ficiel au devant de l'attache inférieure du sterno mastodien droit. Hier la malade a beaucoup souffert.

Il y a deux ou trois jours aussi, la malade a remarqué que le chancre se tuméfiait de nouveau, et ce matin nous constatons effectivement le retour très appréciable de la tuméfaction extérieure non moins que celui de l'induration profonde. Pas de roséole de retour.

Souffre un peu à la déglutition, mais l'attribue à la répercussion sur l'abcès. On voit mal l'isthme qui est rouge et tuméfié.

15 février 1907. — L'après-midi du 13 il y a eu crise d'estomac aussi forte que les précédentes, il n'y en avait pas eu depuis très longtemps.

Abcès incisé hier 14, détente générale.

Pas de roséole.

Il semble que le chancre, se soit un peu atténué, la déglutition est plus aisée.

20 février 1907. — C'est à peine si on constate encore un vestige de chancre. Les amygdales sont très notablement de tuméfiées.

La déglutition est aisée, et cela depuis l'incision de l'abcès, état général très bon, pas trace de roséole ou d'autres manifestations.

22 février 1907. — Tout va bien, il reste encore une très légère infiltration de la lèvre inférieure au siège du chancre.

25 février 1907. — Il y a encore la trace du chancre, à la vue sous forme d'élévation légère rouge sombre et au toucher sous forme de légère induration élastique.

Les adénopathies ont très notablement rétrocedé, presque disparu pour celles de la gaine mastodienne et de la région rétro-

maxillaire, mais celles du chancre (*sous-maxillaire droite*) est encore appréciable.

Très bon état général. Pas de crises nerveuses depuis un mois, bon appétit, bonnes digestions, bon sommeil, pas de maux de tête, pas de dépilation, pas trace de syphilides cutanées. Les amygdales sont encore grosses, tuméfiées, quoique appréciablement moins, mais leur surface est nette.

Il existe à l'entrée du vagin des productions polypiformes mais pas de lésions vulvaires spécifiques.

La malade sort en assez bon état, le 28 février 1907.

Observation 2

(due à l'obligeance de M. L. JACQUET)

Roséole précoce, confluent à la face, intense sur le tronc et le cuir chevelu. Alcoolisme. Nervosité. Diminution d'intensité de la roséole dès le lendemain de l'entrée sous la seule influence du repos et du régime. Deux reviviscences roséoliques dont l'une après une sortie du malade et malgré le traitement intensif.

N..., 24 ans, coiffeur, entré à l'Hôpital Saint-Antoine, salle Aran, le 25 mars 1905.

Il présente une roséole floride, confluent à la face, intense sur le tronc et le cuir chevelu, à peine marquée sur les membres où l'on ne trouve que quelques rares éléments.

Le début de la roséole remonte à quinze jours. Il y a un mois, c'est-à-dire *quinze jours avant*, le malade a eu une écorchure à la verge.

Il y a cinq ans, il a eu une blennorragie pour laquelle il s'est traité pendant un mois avec du copahu, du santal et de l'eau blanche. La guérison fut radicale.

Examen. — A l'examen de la verge, le prépuce est tuméfié et présente à sa partie inféro-externe, une ulcération de couleur rouge sombre, grosse comme une pièce de 0 fr. 50 et nettement indurée.

Des deux côtés, dans la région inguinale, le doigt fait rouler de gros ganglions.

Dans la région crurale l'adénite est plus légère.

Quelques ganglions sous-maxillaires, les amygdales sont légèrement tuméfiées mais non ulcérées.

L'examen de la bouche ne présente rien d'anormal.

Depuis l'apparition de son chancre le malade, qui a eu des maux de tête et une légère dépilation, n'a pas remarqué avoir maigri.

Antécédents personnels. — Il se porte aussi bien que d'ordinaire. Il n'a du reste jamais été souffrant, n'a jamais eu de maladies de peau. Lorsqu'il se coupe ou s'écorche la cicatrisation est très rapide.

Les médicaments en général et en particulier ceux qu'il a pris pour sa blennorragie n'ont pas porté à la peau.

Il dit n'être pas buveur, ne boire qu'un demi-stier de vin par jour et quelques apéritifs par-ci par-là. Cependant, il paraît nettement alcoolique, et, s'il n'a pas de cauchemars la nuit, il présente par contre du tremblement des mains et des pituites matinales. Le matin en se levant il tousse beaucoup et crache un liquide analogue à du blanc d'œuf.

Il n'a jamais souffert de l'estomac, les digestions sont bonnes et il n'a pas d'érythrose faciale après les repas, mais par contre

son hygiène est mauvaise. Etant du midi, il aime beaucoup les choses fortes et mange très épicé et très vinaigré.

Le malade se dit très nerveux. Un rien l'émotionne.

Les réflexes rotuliens, plantaires, crémastériens et pharyngiens sont exagérés.

La sensibilité profonde et superficielle paraît normale.

Les réflexes à la lumière sont normaux. Les réflexes pupillaires à la douleur paraissent plutôt lents.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Père mort à 59 ans, d'une crise d'asthme, mère vit encore.

Frères et sœurs bien portants.

Pas de maladies de peau dans la famille.

27 mars 1905. — Dès le lendemain, sous la seule influence du repos et du régime, la roséole a perdu son aspect floride et diminué considérablement d'intensité.

29 mars 1905. — La roséole a encore diminué, en même temps que l'état général devient meilleur; le malade repose et sa nervosité paraît moindre.

3 avril. — On fixe sa ration de liquide : interrogé, il affirme boire environ, 30 centilitres de vin et un litre d'eau.

Cette quantité de liquide devra être absorbée régulièrement pendant le reste du traitement.

13 avril. — Le malade paraît sérieux; il absorbe tout ce qu'on lui donne et uniquement la quantité fixée. Petite *reviviscence* très légère des éléments roséoliques.

15 avril. — Les urines sont examinées; ni sucre, ni albumine.

17 avril. — Commencement du traitement mixte fort.

Une piqure. 0 gr. 01 biiodure de mercure; lavement. 4 cuil-

lers à soupe de Van-Svieten ; une pilule. 0 gr. 05 protoiodure de mercure; une friction onguent napolitain.

Les macules roséoliques sont peu apparentes sur le corps mais le sont encore nettement à la face. Le chancre de la verge et en voie de guérison.

19 avril. — Le malade a été obligé de sortir pour affaires, la veille, une demi-journée. Il est stylé à cette occasion et s'engage à ne rien boire ou manger en dehors de son régime d'hôpital. On a tout lieu de croire qu'il a tenu sa promesse, mais il a dû se surmener un peu, ayant de nombreuses courses à faire, et cependant ce matin, les taches roséoliques qui avaient presque complètement disparu sur le corps, ont repris une certaine intensité en même temps que celles du visage se sont accentuées davantage.

20 avril. — Traitement bien supporté jusque-là, mais ce matin, vomissement après la piqûre; on supprime le reste du traitement de ce jour et le traitement est arrêté. La petite reviviscence roséolique de la veille a disparu.

Il y a donc eu trois jours de traitement complet.

21 avril. — Les malaises ont disparu; pas de vomissement, pas de stomatite, à peine un léger agacement des gencives; le malade a dormi et ne se sent plus courbaturé.

23 avril. — Le malade sort sur sa demande, complètement remis de l'indisposition qui a fait suite au traitement. Le chancre du prépuce a presque entièrement fondu; il n'y a pas de plaques buccales ou cutanées; la roséole a disparu. Les forces ne sont cependant pas encore complètement revenues.

Observation 3

Roséole confluyente et intense. Alcoolisme. Erythroïse. Tachyphagie. Troubles digestifs et utéro-ovariens. Raie vasomotrice et roséole émotive très marquées. Traitement biokinétique. Treize jours après, disparition presque complète de la roséole.

M^{me} M..., 33 ans, blanchisseuse, entre salle Rostan le 2 décembre 1911 pour roséole syphilitique.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, robuste, gros, érythrosique, mère et sœur bien portantes.

Antécédents personnels. — Variole à 4 ans. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Mariée à 20 ans, ni grossesse, ni fausse couche. En 1904, première crise salpingo-ovarite double, en traitement deux mois à Saint-Antoine.

Il y a deux mois, nouvelle crise avec douleurs abdominales et pertes blanches. De taille moyenne, très grasse, transpire beaucoup, même en hiver, érythrosique, tachyphagique (vingt minutes), alcoolique (deux litres de vin, plusieurs apéritifs, cognac, etc...). Depuis quelques mois se plaint de troubles digestifs avec sensation de pesanteur au niveau de l'épigastre, nausées accompagnées de vomissements une demi-heure après chaque repas. La digestion est pénible ; elle est obligée de s'étendre après les repas par suite de la congestion de la face, malaise général et envie de dormir. Mange d'une façon irrégulière ; constipation opiniâtre.

La malade se plaint en outre de céphalée, d'insomnie et cauchemars et cela depuis un mois.

Il y a quinze jours environ est apparue une éruption très discrète qui s'est bien vite généralisée. Elle se présente à nous sous la forme d'un tricôt couvrant les membres supérieurs jusqu'au poignet et descendant jusqu'à la naissance des cuisses qu'elle respecte. Cet érythème est constituée par des taches sans saillie de la dimension moyenne d'une grosse lentille à contours irréguliers, d'un rose foncé presque rougeâtre, s'effaçant à la pression du doigt pour réapparaître aussitôt après. Elle sont très confluentes, arrivant même au contact les unes des autres surtout à la partie antérieure du thorax, sous les seins, les aisselles, dans le dos, pour constituer de larges placards.

L'examen des organes génitaux ne relève pas de traces d'érosion ni de cicatrice: pas de plaques muqueuses; perte très abondantes d'un jaune verdâtre. Micropolyadénite à la région inguinale gauche.

Appareils respiratoire, circulatoire, normaux.

Pas de plaques muqueuses à la bouche. Très mauvaise dentition.

Urines: ni sucre, ni albumine.

La raie vaso-motrice provoquée apparaît vivement, elle atteint son maximum d'intensité deux minutes et demie après le début de l'expérience, elle a totalement disparu cinq minutes après.

Au moment où la malade se dévêtait la roséole prend une teinte plus vive, les macules présentent une coloration plus intense, coloration qui tranche avec les espaces de peau saine qui sont à peine rosée; cette roséole émotive dure environ deux minutes.

Traitement. Régime ataraxique. Suppression complète des boissons. Gymnastique abdomino-périnéale, respiratoire, faciale; frictions de la peau. Lavages vaginaux.

Le 5 décembre : réaction de Wassermann nettement positive.

Les vomissements ont disparu ; encore des nausées et des douleurs épigastriques moins vives et moins fréquentes. L'éruption maculeuse semble avoir pâli très légèrement.

9 décembre. — La digestion est plus facile, la malade se sent plus à l'aise après les repas qui s'accompagnent cependant de la congestion de la face, moins marquée toutefois ; plus de constipation. Les douleurs abdominales ont disparu, les pertes sont moins abondantes.

L'éruption s'atténue tant au point de vue de sa confluence que de sa coloration qui est d'un rose plutôt pâle. Cependant sous l'influence d'une émotion (au moment de la visite par exemple) elle prend une coloration un peu plus vive.

Le 16 décembre. Plus de nausées, plus de poids à l'épigastre, la malade dort mieux ; elle est étonnée elle-même de la disparition presque complète de son éruption dont il ne reste plus que quelques macules rose pâle très disséminées à la partie supérieure du thorax, au niveau des mamelons et dans le dos.

La raie vaso-motrice apparaît moins rapidement pour disparaître trois minutes et demie après le début de l'expérience.

Observation 4

Roséole confluente, d'un rose pâle. Tachyphagie. Surmenage. Raie vaso-motrice de faible intensité. Traitement : repos, régime, ataraxique, Salvarsan. Roséole moins confluente, plus pâle. Apparition des règles en avance de quinze jours. Coloration plus foncée de l'éruption.

M^{me} H..., 19 ans, femme de chambre, entre salle Rostau le 23 décembre 1911, pour roséole syphilitique.

Antécédents héréditaires. — Père grand, robuste, érythrosique, mère bien portante, huit frères et sœurs tous érythrosiques.

Antécédents personnels. — Rougeole dans le jeune âge ; bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Mariée à 16 ans 1/2 ; une enfant de 2 ans 1/2 qu'elle a allaitée pendant vingt-huit mois et qu'elle a sevrée depuis deux mois.

Elle est très fatiguée depuis ce moment ; ne peut plus travailler sans éprouver aussitôt de la lassitude, de la faiblesse à ce point qu'elle a été obligée d'abandonner tout travail il y a un mois. Elle a perdu l'appétit, mange vite (vingt à vingt-cinq minutes), est constipée. Erythrose de la face très marquée surtout après les repas ; pas de troubles digestifs. Boit environ 1/2 litre de bière à chaque repas.

Le 30 octobre 1911, chancre dont il est facile de constater la cicatrice et l'induration au niveau de la face interne de la grande lèvre gauche. Ce chancre a duré un mois pendant lequel la malade a souffert de maux de tête très violents avec crise plus aiguë la nuit ; elle perd ses cheveux en masse.

Depuis dix jours est apparue une éruption très confluent qui se compose d'éléments maculeux sans saillie, irrégulièrement arrondis, d'une coloration d'un rose « fleur de pêcher » se fusionnant parfois de façon à constituer des placards principalement sur les flancs. Cette éruption occupe le thorax, l'abdomen, le dos, les membres supérieurs surtout à leur face de flexion.

La raie vaso-motrice provoquée atteint son intensité maxima deux minutes après le début et a totalement disparu en près de quatre minutes.

Examen des organes génitaux ; chancre induré cicatrisé ; micropolyadénite inguinale ; pas de plaques muqueuses. écoulement urétral très léger (jaune verdâtre).

Poumon et cœur : rien de particulier.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Traitement : repos, régime ataraxique.

Le 27 décembre. — Injection intra-veineuse, 0,20 Salvarsan.

Une demi-heure après, grand frisson avec température (39°3) courbature générale, céphalée violente.

Pas de réaction d'Herxheimer. Pendant l'injection la raie vaso-motrice apparaît aussitôt.

28 décembre. — La température est tombée ; la céphalée a cédé à un cachet de pyramidon ; la raie vaso-motrice atteint son maximum d'intensité en une minute et a disparu en deux minutes et demie.

30 décembre. — La roséole est moins confluyente, elle a en outre légèrement pâli. La céphalée ne persiste que la nuit, la malade a meilleur appétit.

2 janvier 1912. — Présence d'exostoses douloureuses au niveau de la bosse frontale et de la région pariétale gauche. Le corps thyroïde est sensible à la palpation surtout au niveau du lobe droit qui est visiblement hypertrophié, ce qui n'incommode nullement la malade.

4 janvier. — La roséole présente une coloration rose un peu foncée, coloration que nous n'avons jamais remarquée chez cette malade. Nous apprenons en effet que les menstrues, qui s'étaient terminées le 20 décembre 1911, c'est-à-dire il y a quinze jours, sont apparues cette nuit, moins abondantes cependant qu'à l'ordinaire.

La raie vaso-motrice apparaît assez rapidement mais est lente à disparaître. Plus de constipation.

Le 5 janvier les pertes de sang ont disparu.

Injection intra-veineuse de 0 gr. 25. Salvarsan sans aucun phénomène appréciable. Pas de réaction d'Herxheimer.

L'éruption a repris sa coloration rose pâle du début, elle est moins confluyente. Le corps thyroïde est moins sensible à la palpation, cependant l'hypertrophie est visible.

Le 11 janvier. — De la roséole il ne reste que quelques éléments très disséminés sur les flancs et dans le dos mais d'une coloration très pâle.

12 janvier. — Injection intraveineuse 0,30 Salvarsan.

15 janvier. — La roséole n'existe plus ; la malade quitte le service ; elle a retrouvé son appétit et ses forces ; ne souffre plus de la tête ; le corps thyroïde est légèrement plus développé à droite.

Observation 5

Roséole d'un rose légèrement foncé, plus confluyente à gauche. Pleurésie gauche. Tachyphagie. Surmenage. Raie vaso-motrice peu marquée. Traitement : Régime ataraxique, repos, Salvarsan. Disparition de la roséole. Réaction d'Herxheimer à la partie gauche du thorax.

L..., 22 ans, employé de commerce, entre salle Aran, le 6 janvier 1912 pour roséole.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, la mère facilement impressionnable, un frère atteint de coxalgie.

Antécédents personnels. — Pleurésie gauche à 17 ans. Depuis cette époque s'enrhumme facilement tous les hivers, il transpire beaucoup.

Le 31 décembre 1911 à la sortie d'un bain le malade est frappé de constater des petites taches au niveau du flanc gauche. Ces

petites taches d'abord localisées se sont généralisées et occupent aujourd'hui le tronc, le dos, l'abdomen descendant jusque sur les cuisses. Cette éruption, plutôt discrète, est visiblement plus confluyente au niveau de la région sous-épineuse et sous-axillaire gauche ; elle est constituée par des macules sans saillie, présentant la forme d'une petite lentille plus ou moins arrondie, d'un rose très légèrement foncé, s'effaçant facilement à la pression du doigt pour réapparaître aussitôt.

Si nous interrogeons le malade nous apprenons qu'il mange beaucoup et très rapidement (20 à 25 minutes), qu'après ses repas il a la face congestionnée, qu'il est lourd et éprouve le besoin de se reposer et souvent de dormir. Depuis un mois il se plaint de céphalée légère mais continue, qui s'accroît la nuit, provoquant de l'insomnie. Aussi à son réveil, il se sent las et courbaturé, et il lui arrive assez souvent d'être obligé de prendre du repos pendant son travail. Il a en outre été très surmené en août, septembre et octobre dernier par surcroît de travail, où il était tenu jusqu'à treize et quatorze heures par jour, ne prenant que six heures de repos. C'est surtout depuis cette époque que le malade se sent plus faible, il a d'ailleurs maigri ; il est grand, pâle, anémié.

La raie vaso-motrice est peu marquée.

A l'examen des organes génitaux pas la moindre trace de cicatrice ni d'induration.

Poumons. Inspiration rude dans toute la hauteur à gauche.

Cœur. Normal.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

11 janvier. — La réaction de Wasserman est nettement positive.

Traitement. Régime ataraxique, repos.

Injection intraveineuse 0,20 Salvarsan. Suivie quatre heures après d'une élévation de température ($38^{\circ}3$), et nausées qui ont disparu dans la soirée. Dans l'après-midi, l'éruption présente une coloration plus foncée surtout à la région abdominale mais nous ne pouvons pas affirmer qu'il s'agit là de la réaction d'Herxheimer.

12 janvier. — La température se maintient à 38° . La roséole a une teinte uniformément rose légèrement foncé.

15 janvier. — La céphalée a disparu et le malade peut enfin dormir. Se sent moins fatigué et accuse un appétit meilleur, appétit qu'il avait perdu depuis un mois et demi ; n'éprouve plus cette lassitude qui le portait au sommeil après les repas.

La roséole a changé d'aspect ; elle est moins confluyente et présente une coloration rose tendre, bien visible cependant au verre bleu.

19 janvier. — Injection intra-veineuse 0 gr. 25 Salvarsan.

La raie vaso-motrice apparaît très rapidement, elle est peu marquée.

L'injection a été suivie de nausées sans mouvement fébrile. Pas de réaction d'Herxheimer.

25 janvier. — Le malade a repris son travail depuis deux jours sans éprouver de fatigues, il se sent plus à l'aise et a un appétit considérable, il a d'ailleurs grossi de 3 livres depuis le 11 janvier.

La roséole a complètement disparu.

Nous engageons le malade à manger modérément.

26 janvier. — Injection intra-veineuse 0 gr. 30 Salvarsan.

En examinant le malade cinq heures après l'injection, nous constatons quelques éléments maculeux à la région dorsale, sous l'aisselle et à gauche, éléments de la largeur d'une pièce de

20 centimes à contours peu nets et très pâles. Ces macules n'existent plus le lendemain, au moment où le malade s'apprête à quitter l'hôpital.

5 mars. — Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade, qui a repris ses occupations journalières, est frappé de l'appétit qu'il a ; il dort bien, ne ressent aucune fatigue, ne se sent nullement indisposé après ses repas qu'il prend d'une façon régulière et lentement. Il a grossi de 5 livres depuis le 25 janvier.

Observation 6

Roséole confluyente. Grossesse. Faiblesse générale. Tachyphagie. Raie vaso-motrice intense. Roséole émotive renforçant la coloration de l'éruption spécifique. Traitement : repos, régime ataraxique, Salvarsan. Réaction d'Herxheimer. Disparition de la roséole.

M^{lle} J..., 22 ans, sans profession, entre à l'hôpital, salle Ros-tan, le 16 janvier 1912.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, mère nerveuse, érythrosique.

Antécédents personnels. — Rougeole à 9 ans ; bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

A accouché le 12 février 1911 de deux jumeaux, l'un mort-né, l'autre n'a vécu que deux jours. Cet accouchement a eu lieu au septième mois de sa grossesse à la suite d'une chute dans les escaliers.

Actuellement grossesse de neuf mois (dernières règles le 10 mai 1911).

Présence d'une érosion au niveau de la face interne de la grande lèvre droite, érosion qui date d'un mois et demi et qui

s'est cicatrisée il y a environ dix jours. Depuis, céphalée légère dans la journée avec exacerbation la nuit, surtout à droite ; chute de cheveux ; a perdu l'appétit, les forces ; courbature et lassitude générale ; elle est souvent obligée de se reposer dans la journée tant elle se sent faible.

Malgré sa grossesse et sa fatigue, elle s'occupe de son ménage. Il y a quinze jours à la suite d'une lessive où elle s'est surmenée, elle a été prise d'une syncope avec perte de connaissance de quelques minutes. Tachyphagie, constipation ; érythrose post prandiale. Pas de troubles digestifs.

Depuis deux jours apparition d'une éruption confluente qui se compose d'éléments maculeux formant au niveau de la nuque une petite colerette assez prononcée ; les macules sont en effet plus confluentes ; elles sont cependant d'un rose moins foncé que celles qui siègent au niveau du thorax, de l'abdomen, du dos et des membres supérieurs. Quelques petites taches sans saillie sur les seins et sous les aisselles sont entourées d'une petite colerette blanchâtre. Tous ces éléments sont assez régulièrement arrondis, ils ont la forme d'une petite lentille, la coloration rose, et s'effacent facilement à la pression du doigt.

La raie vaso-motrice apparaît trente secondes après le début de l'expérience et atteint son maximum d'intensité quatre minutes après et a complètement disparu en sept minutes : elle est très marquée.

En outre au moment où la malade se devêtit, roséole émotive couvrant toute la partie antérieure du thorax, renforçant la coloration rose de la roséole spécifique.

Examen des organes génitaux : pas de traces d'induration, pas de plaques muqueuses ; pertes abondantes datant du début de sa grossesse ; ganglions au niveau de la région inguinale.

Poumon et cœur : normaux.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Traitement : régime ataraxique. Salvarsan.

24 janvier. — La réaction de Wassermann est nettement positive.

Injection intra-veineuse 0,20 Salvarsan.

Cinq heures après, c'est-à-dire à quatre heures de l'après-midi, violent frisson suivi d'une élévation de température, (38°4).

Quelques instants plus tard nous observons une coloration rouge vineuse de la peau sur le thorax, l'abdomen et les membres supérieurs respectant le dos et les membres inférieurs. La roséole présente aussi une coloration plus foncée, les macules se sont étalées, elles sont légèrement surélevées et s'effacent plus difficilement à la pression du doigt; elle est cependant très distincte de la nouvelle éruption constituée par des taches érythémateuses plus grandes et d'un rouge plus vif.

25 janvier. — La réaction d'Herxheimer a disparu dans la soirée du 24. La raie vaso-motrice apparaît plus lentement.

2 février. — Se sent plus à l'aise après les repas, plus de constipation; érythrose post-prandiale moins prononcée, plus de maux de tête.

La roséole a totalement disparu; on ne la devine même pas au verre bleu.

Injection intra-veineuse 0,25. Salvarsan, sans phénomène appréciable.

Au moment de l'injection la raie vaso-motrice apparaît au moment même où on la provoque et est d'une intensité plus forte par rapport à celle obtenue après l'injection.

10 février. — Injection intra-veineuse 0,35 Salvarsan. La

malade a meilleur appétit et se sent plus forte. Quitte le service avec un bon état général.

Observation 7

Roséole intense et confluyente. Érythroïse. Tachyphagie. Troubles digestifs. Surmenage. Nervosité extrême. Réflexes exagérés. Raie vaso-motrice intense. Traitement. Régime alaraxique. Salvarsan. Plus de troubles digestifs. Disparition de la roséole.

T..., 22 ans, courtier en publicité, entre salle Aran, le 20 janvier 1912.

Antécédents héréditaires. — Son père est décédé, obèse, albuminurique, très congestif. Sa mère est bien portante. Un frère et une sœur très nerveux, le frère congestif.

Antécédents personnels. — Il a eu la rougeole à 7 ans. Furunculose à 14 ans. Blennorragie il y a deux ans.

Le 10 décembre 1911, apparition de deux écorchures dans le sillon balano-préputial, l'une à droite, l'autre à gauche arrondie, d'un rouge chair, indolente, indurée à la base. Dans les régions inguinales, pléiade ganglionnaire très marquée surtout à gauche.

Il y a quatre jours, éruption qui intéresse toute la hauteur du tronc. Elle se compose essentiellement de petites taches sans saillie, de forme plus ou moins arrondie ne dépassant guère la grosseur d'une lentille, très confluentes au point de former de véritables placards à la partie antérieure du thorax, au dos, et particulièrement sur les omoplates et au niveau de la taille; ces macules sont d'un rouge foncé et s'effacent facilement à la pression du doigt. Au niveau des bras et au pli du coude l'éruption est plus discrète.

De bonne constitution, très nerveux, très facilement impressionnable, il transpire beaucoup sous les aisselles et dans le dos ; ne mange pas énormément mais vite, boit environ un litre d'eau rougie au repas. Sa digestion est pénible, il a comme un poids au niveau de l'estomac, sa face est rouge, brûlante, il éprouve le besoin de se reposer un bon moment après les repas ; très constipé, une selle tous les deux ou trois jours.

En novembre dernier, ennuis très sérieux qui l'ont beaucoup déprimé. Il ne dormait pas bien, prenait peu de repos, avait perdu l'appétit, avait maigri et cela jusqu'au 25 décembre. Depuis cette époque, s'est remis plus sérieusement au travail qui le fatigue beaucoup par suite du déplacement continu et de nombreux voyages auxquels il n'était guère accoutumé.

Rien d'anormal à l'auscultation des poumons et du cœur.

Les urines ne présentent ni albumine, ni sucre.

Les réflexes rotuliens, crémastériens, pharyngiens sont augmentés.

a. Sensibilité profonde et superficielle normale.

La raie vaso-motrice apparaît dès que nous la provoquons ; elle est plus intense trois minutes après et a totalement disparu en cinq minutes.

Traitement : gymnastique abdomino-périnéale, respiratoire, faciale. Régime ataraxique.

25 janvier. — Injection intra-veineuse 0,25 Salvarsan.

La raie vaso-motrice apparaît aussitôt et disparaît plus rapidement. Rien de particulier. Pas de réaction d'Herxheimer.

Le 8 février : érythrose de la face moins prononcée de même que l'érythrose post prandiale ; la digestion est plus facile, les selles sont plus régulières.

L'éruption est plus discrète, moins confluyente et sa coloration est d'un rose pâle.

Le sujet, très émotif, ne peut se résoudre à se faire injecter ; il est pris d'un tremblement généralisé qui nous oblige à remettre l'injection au 16 février.

A ce jour la roséole se devine difficilement à l'œil nu. Au verre bleu nous observons cependant quelques macules sur les omoplates et sous les aisselles.

Injection intra-veineuse 0,25. Salvarsan.

Pas de réaction d'Herxheimer.

Le malade quitte le service le 17 février.

Le 1^{er} mars, le malade nous apprend que sa roséole a disparu depuis plus de dix jours ; son visage s'est éclairci, il rougit moins facilement, il mange avec plus d'appétit et ne se plaint d'aucun malaise après ses repas ; il a une selle tous les jours. Plus calme, il a repris son travail depuis une huitaine sans éprouver de fatigue.

Observation 8.

Roséole floride et intense. Plaques cutanées de Legendre. Erythroïse. Tachyphagie. Alcoolisme. Troubles digestifs. Nervosisme. Raie vaso-motrice intense. Roséole émotive très vive. Traitement. Régime ataraxique. Salvarsan. Disparition de la roséole.

M^{me} A..., 26 ans, cuisinière, entre salle Rostan le 22 janvier 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, d'un caractère, vif, emporté, congestif ; mère bien portante. Une sœur nerveuse, érythrosique.

Antécédents personnels. — Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Prétend n'avoir jamais été malade. A 19 ans grossesse à terme (un enfant qui n'a vécu que six mois, mort de convulsions).

Vers le 15 décembre 1911, la malade s'est aperçue qu'elle avait quelques petites taches sur la poitrine. Cette éruption d'abord très discrète s'est généralisée petit à petit au point d'occuper tout le tronc. Elle est constituée par de petites taches sans squames, incorrectement arrondies. Elles se réunissent en certains points et en particulier sous les aisselles pour constituer de véritables placards d'un rouge plus vif que le reste de l'éruption qui présente une teinte rose très foncée. Au milieu de cette roséole floride et intense, plusieurs plaques cutanées de Legendre au niveau de la clavicule gauche à la fourchette sternale à la région mammaire gauche près de l'ombilic à la partie supérieure du dos.

La malade est dans un état de faiblesse particulier. Elle se plaint de courbature générale et de douleurs dans les membres; elle souffre de maux de tête violents, surtout à la tombée de la nuit, qui troublent son sommeil et cela depuis deux mois environ. Elle perd ses cheveux, ses forces, au point qu'elle a été obligé d'abandonner son travail il y a quinze jours, ce qui est pour elle une nouvelle cause de gros ennuis car elle n'a aucun moyen d'existence, étant en instance de divorce.

Nous apprenons en outre que d'habitude elle mange beaucoup et à toutes heures de la journée et que depuis sept ans elle prend deux litres de vin par jour avec divers apéritifs, café, rhum. Sa digestion est pénible, elle se sent lourde après les repas, et l'hérythrose, à ce moment, est plus accentuée que pendant le reste de la journée. Elle a des nausées qui s'accompagnent parfois de vomissements. Pituïtes matutinales. Constipation.

Depuis deux mois qu'elle a quitté sa cuisine pour entrer dans une papeterie, elle est surmenée par le travail plus pénible qu'elle est obligée de fournir. Aussi ce surmenage physique ajouté à la dépression morale qu'elle subit depuis près d'un mois l'a complètement abattue. Depuis cette époque son caractère a changé ; elle est plus irritable, crises de larmes, sommeil agité, cauchemars.

Examen des organes génitaux : au niveau des grandes lèvres, plaques muqueuses, pas de trace d'écorchures ni de cicatrices. Adénopathie très marquée à droite.

Poumon et cœur : rien d'anormal.

Urines : ni albumine, ni sucre.

La raie vaso-motrice apparaît aussitôt qu'elle est provoquée ; par contre elle disparaît très lentement ; intensité très forte.

Traitement : régime ataraxique.

Suppression complète des boissons.

24 janvier. — Injection intra-veineuse 0,20 Salvarsan suivie de nausées et de vomissements avec élévation de température (38°2). Pas de réaction d'Herxheimer.

27 janvier. — Se plaint toujours de ses maux de tête qui sont moins violents ; se sent un peu mieux après les repas, moins lourde, moins congestionnée.

Au moment où la malade se dévêtit, apparaît une roséole émotive d'un rouge très foncé, renforçant la coloration de la roséole spécifique. Cette roséole émotive disparaît assez rapidement ; en même temps la coloration de la roséole spécifique pâlit pour reprendre petit à petit une coloration d'un rose cuivré. Les éléments sont moins confluent qu'au début ; les vastes placards sont moins nets.

29 janvier. — La malade est plus gaie, moins abattue, beau-

coup moins congestionnée ; elle n'a plus de nausées, ni de pituité matutinale, la céphalée est légère ; elle dort bien, plus de cauchemars.

La roséole se clarifie ; les plaques cutanées de Legendre sont en voie de cicatrisation.

Injection intra-veineuse 0,30 Salvarsan,

La raie vaso-motrice apparaît aussitôt qu'elle est provoquée au moment de l'injection ; elle est d'intensité moins grande qu'au début.

Pas de réaction d'Herxheimer.

3 février. — Les troubles digestifs ont complètement disparu de même que la céphalée et les douleurs des membres. Érythrose est moins marquée. La malade a retrouvé ses forces et demande à sortir pour reprendre son travail.

La roséole se fane, les éléments sont très disséminés, leur coloration est d'un rose pâle,

Les plaques cutanées sont cicatrisées.

5 février. — Injection intra-veineuse 0,30 Salvarsan sans aucun phénomène. Pas de réaction d'Herxheimer.

7 février. — La malade quitte le service sur sa demande ; de sa roséole floride il ne reste plus que quelques macules au niveau des mamelons.

Observation 9

Roséole discrète d'un rose pâle. Grossesse de quatre mois. Surmenage. Roséole émotive et raie vaso-motrice peu marquées. Traitement. Salvarsan. Réaction Herxheimer.

M^{lle} B..., 22 ans, ménagère, entre salle Rostan le 17 février 1912.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, morte bacillaire il y a

trois ans. Son père est mort d'accident, très robuste, érythrosique. Une sœur bien portante, érythrosique.

Antécédents personnels. — Rougeole à 4 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 17 ans.

Actuellement grossesse de quatre mois (dernières règles le 20 octobre 1911). Depuis deux mois au niveau du capuchon clitoridien, chancre induré, indolore, suintant.

Il ya une dizaine de jours, apparition de petites taches très disséminées sur le flanc gauche. Ces petites taches se sont généralisées dans toute la hauteur du tronc jusqu'au niveau des genoux. Elles sont assez régulièrement arrondies, sans saillie d'un rose pâle. L'éruption est plutôt discrète surtout au niveau des cuisses, où les faces internes seules sont parsemées de macules. Au niveau des seins, sur les flancs et l'abdomen, l'éruption est plus importante, les macules sont en plus grand nombre. Toutes ces petites taches ont la forme d'une lentille et s'effacent facilement à la pression du doigt, pour réapparaître aussitôt après.

La malade est de petite taille, elle a maigri de 16 livres en moins de six mois à la suite d'un surmenage excessif qui l'obligeait à travailler de 6 heures du matin à 9 heures du soir. Elle est déprimée, pâle, anémiée au point qu'elle a cessé tout travail il y a un mois.

Se plaint de céphalée, faiblesse et douleurs musculaires ; a perdu l'appétit, et cela depuis l'éclosion du chancre. Elle mange peu, mais très rapidement, boit plus d'un litre d'eau par jour ; se sent mal à l'aise après les repas, a des bouffées de chaleur au visage, des nausées accompagnées parfois de vomissements avec sensation de pesanteur au niveau de la région épigastrique.

Transpire beaucoup ; constipation opiniâtre.

La raie vaso-motrice apparaît lentement et disparaît de même ; elle est peu marquée.

Au moment où la malade se dévêtit, roséole émotive peu marquée à la partie supérieure du thorax, renforçant faiblement l'éruption spécifique à ce niveau.

L'examen des organes génitaux nous montre, indépendamment du chancre induré, des plaques muqueuses sur les grandes lèvres, d'abondantes pertes jaunâtre sale qui empèsent le linge.

Le col utérin est ulcéré.

Micropolyadénite aussi marquée à droite qu'à gauche.

Au niveau de l'orifice anal : plaques muqueuses.

A l'auscultation des poumons : induration du sommet gauche.

Rien d'anormal à droite.

Cœur normal.

Urines : ni albumine, ni sucre.

Traitement : régime ataraxique, repos.

19 février. — Injection intra-veineuse 0,25 Salvarsan.

A 3 heures de l'après-midi, c'est-à-dire quatre heures après l'injection, la malade est prise d'un frisson qui s'accompagne d'une légère élévation de température, 38°3.

En même temps la peau présente une coloration uniformément rouge à première vue. « Il semble, nous dit la malade, que je sors d'un bain d'eau bouillante. » En l'examinant attentivement, nous constatons, à côté de la roséole syphilitique dont les macules sont déformées et plus roses, un érythème composé d'éléments à contours mal définis, plus étendus que les macules roséoliques et d'un rose plus foncé. Cette éruption intéresse plus particulièrement le tronc, les bras, la face interne des cuisses. La face est respectée.

La réaction d'Herxheimer s'atténue progressivement et a tota-

lement disparu deux heures après son début. A ce moment la roséole est d'un rose pâle.

20 février. — La malade a passé une bonne nuit; la roséole présente une coloration rose.

24 février. — Les nausées et les vomissements ont disparu. La digestion est plus facile, l'érythrose de la face moins accentuée. La céphalée et les douleurs musculaires n'existent plus. La malade mange avec plus d'appétit; elle est encore faible.

La roséole s'éclaircit; les macules sont moins nombreuses.

Les plaques muqueuses se cicatrisent de même que le chancre.

26 février. — Encore quelques macules au niveau des mamelons; dans le reste du corps, il n'y a plus de trace de roséole.

Injection intra-veineuse 0,30 Salvarsan.

Pas de température, pas de réaction d'Herxheimer.

4 mars. — Les troubles digestifs se sont amendés; la malade se sent plus à l'aise après les repas, a meilleur appétit, se sent plus vaillante et désire sortir.

Les quelques macules qui couronnaient les mamelons ont totalement disparu. Le chancre est cicatrisé.

Injection intra-veineuse 0,30 Salvarsan.

Suivie de céphalée qui n'a duré que quelques heures.

La malade quitte le service le 5 mars.

Observation 10

Roséole confluyente et d'un rose foncé. Alcoolisme. Nervosisme. Tachyphagie. Troubles digestifs. Raie vaso-motrice intense. Roséole émotive très vive. Traitement bio-kinétique. Disparition troubles digestifs. Raie vaso-motrice moins vive. Roséole presque disparue. Salvarsan. Plus de roséole.

M^{me} V..., 46 ans, couturière, entre salle Rostan le 29 février 1912.

Antécédents héréditaires. — Mère et père décédés, grands et robustes, père surtout érythrosique ; frère et sœur de bonne constitution également « très rouge ».

Antécédents personnels. — Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Opérée d'un fibrome il y a trois ans.

Depuis cette opération a perdu ses forces, se fatigue au moindre effort ; elle grossit tous les jours, nous dit-elle.

Tachyphagie assez accentuée (20 minutes) ; boit un litre de vin, du café à chaque repas et l'apéritif tous les jours et cela depuis près de huit ans. Pituite matutinale et nausées s'accompagnant parfois de vomissements. Elle est mal à son aise, éprouve une sensation de brûlure à l'estomac, a la face congestionnée après les repas. Constipation.

En interrogeant la malade nous sommes frappés de la façon nonchalante avec laquelle elle répond à nos questions. Ses traits sont tirés, son visage sans expression, traduisant un état de fatigue générale, qu'accuse d'ailleurs la malade. Depuis un mois environ, céphalée avec crises plus aiguës la nuit ; insomnie, cauchemars, lassitude générale plus prononcée qu'auparavant, douleurs vagues dans les membres, inappétence ; plus impressionnable, pleure sans motif.

Le tronc est couvert de petites taches sans saillie, dont l'étendue varie de la surface d'une lentille à celle d'un pois, à contours irréguliers, très confluentes sur la partie antérieure du thorax, de l'abdomen, dans le dos, où les macules sont d'un rose foncé alors que sur les membres supérieurs l'éruption est plus discrète et plus pâle. Les membres inférieurs et la face sont respectés.

La malade prétend que le début de cette éruption remonte à une quinzaine de jours ; elle déclare en outre n'avoir jamais eu la moindre érosion.

La raie vaso-motrice est très intense dès qu'elle est provoquée : elle est lente à disparaître (six minutes).

Au moment où la malade se dévêt, roséole émotive colorant la peau en rose foncé, elle se distingue de la roséole spécifique en ce que ses éléments sont plus étendus et plus vifs.

A l'examen des organes génitaux, pas de traces de cicatrice ni d'induration ; plaques muqueuses sur les grandes lèvres. A la région inguinale droite : légère adénopathie.

Poumons : emphysème généralisé.

Cœur : normal.

Urines : ni albumine, ni sucre.

Pas de troubles de sensibilité ; les réflexes tendineux paraissent normaux.

Traitement : régime ataraxique. Suppression des boissons. Frictions de la peau à l'eau froide. Gymnastique abdomino-périnéale, respiratoire, faciale.

9 mars. — La réaction de Wassermann est nettement positive.

La malade qui, durant dix jours, a suivi le traitement indiqué, est toute autre ; elle se sent plus à l'aise après les repas ; n'a plus de nausées, plus de brûlures à l'estomac. Elle a encore

des bouffées de chaleur après les repas qu'elle prend maintenant lentement et d'une façon régulière. La constipation est moins prononcée ; plus de pituite.

La roséole a pâli, sa confluence est moindre.

La raie vaso-motrice provoquée apparaît moins vite, mais disparaît assez rapidement.

12 mars. — L'éruption a une coloration rouge très prononcée même sur le dos où les éléments sont plutôt pâles chez cette malade. Elle nous apprend en effet que la roséole était plus claire hier encore et que c'est à la suite d'un savonnage à l'eau froide que la teinte a augmenté d'intensité ce matin.

Plus de céphalée ; plus de troubles digestifs, plus de constipation, dort mieux ; état général considérablement amélioré. La malade est bien moins lasse.

16 mars. — La roséole se fane, les taches sont d'un rose pâle ; dans le dos, elles se dessinent à peine, au point que nous devons nous servir du verre bleu pour les voir ; dans son ensemble elle est très discrète.

La roséole émotive est lente à se produire, elle disparaît très vite.

18 mars. — Injection intra-veineuse 0,20 Salvarsan. Frisson suivi d'une élévation de température, 38°2, de nausées et de vomissements bilieux.

Pendant l'injection, la raie vaso-motrice apparaît aussitôt qu'elle est provoquée : pas de réaction d'Herxheimer.

20 mars. — La malade n'éprouve plus aucun malaise ; sa roséole a totalement disparu.

25 mars. — Injection intra-veineuse 0,30 Salvarsan.

La malade quitte le service le 2 avril dans un état de santé très amélioré. Depuis le 24 février elle a maigri de 6 livres.

Observation 11

Roséole floride et intense. Alcoolisme. Erythrosc. Troubles digestifs. Surmenage. Nervosisme. Réflexes exagérés. Raie vaso-motrice et roséole émotive intenses. Traitement ataraxique. Repos. Salvarsan. Réaction Herxheimer.

M^{lle} J..., 27 ans, fille publique, entre salle Rostan le 27 avril 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire, de petite taille, alcoolique, érythrosique. Mère paralysée, grande, très congestive.

Antécédents personnels. — Règles très irrégulières depuis leur apparition.

En 1908, fausse couche de quatre mois et demi due à une chute dans l'escalier.

En 1909, première attaque de rhumatisme qui a duré deux mois. Gale et blennorrhagie il y a trois mois.

De taille moyenne, très grosse, elle se plaint depuis près d'un mois de courbature générale, de céphalée avec exacerbation nocturne, de douleurs articulaires et musculaires ; d'anorexie et de troubles digestifs consistant en nausées s'accompagnant assez souvent de vomissements, de brûlures stomacales, de sensation de pesanteur au niveau de la région épigastrique, d'envie de dormir et de congestion très marquée de la face après les repas.

C'est une érythrosique qui mange peu, mais très vite (un quart d'heure) et boit plus de deux litres de bière par jour, un ou deux apéritifs, du café avec du cognac et cela depuis sept mois qu'elle a passé dans une maison de tolérance où les veilles, les plaisirs et le surmenage l'ont bien déprimée au point qu'elle en

est sortie il y a quinze jours. Depuis cette époque, son caractère a changé; souvent elle est triste, pleure sans motif, un rien l'émotionne.

C'est à ce moment que sont apparues sur son corps quelques petites taches d'abord localisées au niveau des flancs et qui constituent aujourd'hui, par leur confluence et leur coloration intense, une roséole floride d'un rose rouge foncé. Cet érythème intéresse le tronc descendant jusqu'aux genoux et remontant jusqu'au cou, formant à ce niveau un véritable collier. Les macules sont de la largeur d'un pois, étalées sans saillie, sans squames, se fusionnant par places pour former de véritables placards principalement sur les flancs et à l'abdomen. Elles s'effacent lentement à la pression du doigt pour réapparaître aussi lentement. Au milieu de cette éruption quelques plaques cutanées de Legendre.

A l'examen des organes génitaux, nous constatons au niveau du méat urinaire, un chancre induré en voie de cicatrisation et sur les grandes lèvres des plaques muqueuses hypertrophiées.

Micropolyadénite aux régions inguinales.

Appareil respiratoire : normal.

Appareil circulatoire : normal.

Plaques muqueuses à la bouche.

Urines : ni albumine, ni sucre.

Les réflexes rotuliens, pharyngiens, abdominaux sont exagérés surtout à droite.

La raie vaso-motrice provoquée apparaît en trente secondes; elle atteint son maximum d'intensité en une minute et a disparu en trois minutes.

Au moment où la malade se dévêtit, à la partie supérieure et antérieure du thorax jusqu'au bas de la région sternale, roséole

émotive bien différente de la roséole spécifique par ses éléments qui sont plus étendus. Cette roséole émotive ne tarde pas à diminuer d'intensité, puis peu à peu disparaît.

Traitement : régime ataraxique, suppression des boissons.

Gymnastique périnéo-abdominale, respiratoire.

29 avril. — Injection intra-veineuse 0,20 Salvarsan.

La raie vaso-motrice apparaît aussitôt et est d'intensité plus grande.

L'injection est accompagnée de nausées, vomissements, céphalée plus vive et température (38°3).

Le 30 avril. — Au moment de la visite nous constatons, au niveau des avant-bras, sur la partie supérieure du thorax et sur la face interne des cuisses, un érythème discret constitué par des éléments légèrement surélevés de l'étendue d'une pièce de vingt centimes, allongés, à contour irrégulier et d'un rouge très vif. Cette éruption diffère totalement de la roséole syphilitique dont les macules sont plus petites et d'intensité moins forte.

La réaction d'Herxheimer qui était apparue à 9 heures du matin n'existe plus à notre visite à 3 heures de l'après-midi. La roséole ne présente rien de particulier.

4 mai. — La malade a meilleur appétit; plus de troubles digestifs; elle se sent plus à l'aise après ses repas qu'elle prend maintenant d'une façon régulière. Plus de douleurs stomacales. Meilleur état général.

La roséole s'éclaircit; elle est moins confluyente et présente une coloration moins intense.

6 mai. — Injection intra-veineuse 0,55 néo-Salvarsan.

Sans aucun phénomène appréciable.

10 mai. — La céphalée et les douleurs des membres ont dis-

paru, l'érythrose psychique et post-prandiable est moins accentuée.

La roséole se fane; quelques macules très disséminées, d'un rose pâle au niveau de la taille.

11 mai. — Apparition des règles, les dernières remontent au 27 avril. Les quelques macules présentent une coloration d'un rose plus foncé.

13 mai. — Injection intra-veineuse 0,90 Salvarsan.

15 mai. — La roséole n'existe plus; la malade quitte le service dans un état de santé très sensiblement amélioré.

Observation 12

Roséole de retour floride et intense. Alcoolisme. Surmenage.

Troubles digestifs. Raie vaso-motrice intense. Traitement ataraxique. Salvarsan. Quatre jours après, disparition de la roséole.

M^{me} H..., 19 ans, entre salle Rostan le 13 mai 1912, pour roséole récidivante, quatre mois après la disparition de la première éruption.

Il s'agit d'une malade que nous avons traitée en décembre 1911, et qui fait l'objet de notre observation 2.

Son accident primitif remonte au 30 octobre 1911.

Le 13 décembre 1911 est apparue la roséole confluyente d'un rose pâle; traitée par le régime ataraxique et le Salvarsan, elle a disparu le 13 janvier 1912.

Depuis cette époque, la malade est accablée par des soucis et des chagrins intimes. Durant un mois elle a essayé de surmonter l'état de dépression provoqué par ses ennuis sérieux. A bout

de patience, elle s'est livrée aux plaisirs, elle veille jusque vers 2 et 3 heures du matin, prenant deux et trois litres de bière par jour, sans compter les apéritifs et les petits verres. Malgré cela, elle est obligée de se rendre à son travail à 7 heures du matin. Aussi se sent-elle fatiguée; ne prend que 4 à 5 heures de repos par jour.

Depuis huit jours est apparue une éruption rapidement généralisée à tout le corps descendant jusqu'au niveau des genoux, intéressant les membres supérieurs mais respectant la face.

Cette éruption floride se compose de macules très irrégulières comme forme, en moyenne de la grosseur d'un gros pois à celle d'une pièce de un franc, plutôt allongées, d'un rose foncé, s'effaçant assez difficilement à la pression du doigt pour réapparaître lentement. Elles sont en très grand nombre criblant toutes les régions susindiquées; à la région lombaire, sur les fesses et les cuisses les éléments maculeux se réunissent pour constituer de larges placards d'un rouge vif. La malade nous apprend qu'elle conserve son corset depuis son réveil jusqu'à 2 et 3 heures du matin.

A l'examen des organes génitaux pas de plaques muqueuses.

Indépendamment de la fatigue provoquée par la vie irrégulière que mène la malade, elle se plaint de troubles digestifs, nausées accompagnées parfois de vomissements, brûlures au niveau de la région épigastrique; érythrose post-prandiale très vive.

Son érythrose faciale est très marquée.

La raie vaso-motrice est d'une forte intensité; elle apparaît aussitôt qu'elle est provoquée et les macules qu'elle rencontre présentent une coloration plus vive. Elle est lente à disparaître.

Pas de troubles de sensibilité. Réflexes normaux.

Régime ataraxique. Repos complet, suppression des boissons, il est décidé qu'elle ne prendra qu'un litre de bière par jour.

13 mai. — Injection intra-veineuse 0,55 néo-Salvarsan.

Pas de réaction notable sauf quelques nausées et céphalée légère.

14 mai. — Les règles qui étaient apparues la veille au matin avant l'injection se sont brusquement arrêtées dans la nuit.

Nous constatons un érythème à éléments légèrement surélevés d'étendue égale à une pièce de cinquante centimes à contour irrégulier, d'un rouge vif intéressant le tronc et les membres inférieurs mais plus particulièrement l'abdomen, formant à ce niveau une véritable ceinture. En outre les macules de la roséole se sont étalées, déformées, leur coloration rouge est moins vive que celles provoquées par la réaction d'Herxheimer. Cette réaction n'existe plus à 4 heures du soir ; elle a duré sept heures durant lesquelles la malade a eu des nausées, de la céphalée, une transpiration abondante, de l'anorexie, pas de température.

15 mai. — Les menstrues sont réapparues cette nuit ; elles sont plus abondantes qu'à l'ordinaire ; la malade a passé une nuit agitée, elle est très abattue.

17 mai. — La malade est remise de son indisposition.

Plus de troubles digestifs, érythroïse psychique moins prononcée
La roséole a complètement disparu.

20 mai. — Injection intra-veineuse 0,75 néo-Salvarsan.

Sans aucun phénomène appréciable, la raie vaso-motrice est bien moins intense.

29 mai. — La malade se sent moins fatiguée ; elle a supprimé les petits verres, les apéritifs, mais elle boit encore un litre de bière.

Injection intra-veineuse 0,90 néo-Salvarsan.

La malade quitte le service le 30 mai.

Observation 13

Roséole discrète et pâle nettement plus importante à gauche. Pleurésie gauche. Règles douloureuses. Raie vaso-motrice peu marquée. Salvarsan.

M.-H..., 29 ans, domestique, entre salle Rostan le 14 mai 1912.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de foie; père grand, robuste, bien portant.

Antécédents personnels. — A 9 ans, pleurésie gauche; bien réglée depuis l'âge de 15 ans; en 1906, eczéma qui reparait en 1909 par plusieurs poussées intéressant la face, la partie supérieure du thorax, les coudes et la face interne des cuisses. Durant cette époque, troubles assez importants, crampes stomacales, gonflement de la région épigastrique avec sensation de pesanteur à ce niveau, nausées, parfois vomissements, constipation. A la suite d'un régime rigoureux ces symptômes se sont amendés bien qu'actuellement sa digestion est encore pénible et qu'elle éprouve le besoin de se reposer après les repas.

S'enrhume facilement tous les hivers; se plaint de migraines et de douleurs abdominales et lombaires à l'approche de ses règles.

Il y a un mois et demi apparition d'une érosion au niveau de l'amygdale droite accompagnée d'une gêne dans la déglutition. Va consulter un pharmacien qui la traite pour une angine. L'érosion s'accroît, la douleur est très vive au moindre mouvement de déglutition, la malade vient à la consultation de M. le Dr Jacquet qui l'admet d'urgence à l'hôpital.

L'amygdale est hypertrophiée et rouge; cette rougeur s'étend d'ailleurs sur tout le voile du palais; sur la face interne de l'amyg-

dale, chancre de la grosseur d'un gros pois; adénopathie sous-maxillaire très nette à droite. Douleurs très vives à la déglutition, perte d'appétit, céphalée, insomnie. A la pointe de la langue une plaque muqueuse, de même sur la face interne de la joue droite.

Au niveau du flanc gauche, nous constatons une roséole naissante, si légère, si discrète que la malade ne s'en est même pas aperçue. Ce sont des petites taches d'un rose très pâle, sans saille, sans spasmes, de la grosseur d'une petite lentille, assez régulièrement arrondie, très éloignées les unes des autres. Elles siègent sous l'aisselle, dans le dos et à gauche. Nous en observons cependant quelques-unes sur le flanc droit, mais en si petit nombre par rapport au côté gauche que nous arrivons à en compter une quinzaine.

A l'examen des organes génitaux: plaques muqueuses des grandes lèvres.

Appareil respiratoire: respiration soufflante dans toute la hauteur du poumon gauche avec bronchophonie au sommet.

Appareil circulatoire normal.

Urines: ni sucre ni albumine.

17 mai. — La roséole s'est étendue très discrètement. Quelques macules d'un rose pâle et assez régulières à la partie supérieure du thorax, plus nombreuses à gauche; le reste de l'éruption ne semble pas s'être accru. Les membres inférieurs et supérieurs l'abdomen et la face sont totalement respectés.

La raie vaso-motrice est à peine marquée.

Traitement des plaques muqueuses au nitrate d'argent.

Le 20 mai. — Injection intra-veineuse 0,55 de néo-Salvarsan sans aucun phénomène appréciable.

Au moment de l'injection la raie vaso-motrice est d'aussi faible intensité qu'avant l'injection.

22 mai. — La roséole s'est nettement éclaircie; il ne reste plus que quelques macules très discrètes sous l'aisselle gauche. Le chancre amygdalien est en voie de cicatrisation; la douleur à la déglutition est moins prononcée, la malade s'alimente plus facilement.

25 mai. — Plus de trace de roséole, plus de céphalée, transpiration moins abondante; meilleur appétit; ne souffre plus en avalant, le chancre est presque complètement cicatrisé; l'adéno-pathie sous-maxillaire est encore bien marquée, les plaques muqueuses de la langue, de la bouche et des grandes lèvres ont fondu.

29 mai. — Le chancre est cicatrisé.

Injection intra-veineuse 0,75 néo-Salvarsan.

La malade supporte bien son injection. Pas de réaction d'Herxheimer.

3 juin. — Injection intra-veineuse 0,90 néo-Salvarsan.

La malade quitte le service le 4 au matin.

CONCLUSIONS

1° On a expliqué la pathogénie de la roséole syphilitique par la localisation *in situ* de l'agent pathogène de la syphilis. Depuis la découverte de Schaudinn et la trouvaille biopsique du spirochète, dans quelques cas très rares d'éléments de roséole, cette pathogénie a paru confirmée.

2° Elle n'explique cependant de façon satisfaisante, ni l'aspect général, ni la symétrie topographique, ni le synchronisme d'évolution et d'involution, ni le monomorphisme éruptif de cette manifestation de la syphilis, ni enfin les éclipses et reviviscences brusques qu'on observe parfois.

3° De la lecture de nos observations, il se dégage nettement un ensemble de notions qui tendent à montrer, à côté des preuves déjà connues de l'agression du système nerveux, un déséquilibre important du système vaso-moteur.

4° Les faits qui prouvent ce déséquilibre se rencontrent chez les ascendants avec une fréquence remarquable et peuvent être cliniquement évalués par des recherches portant sur la race vaso-motrice et l'érythème

pudique et qui trahissent le tempérament vaso-moteur.

5° Nos observations révèlent d'une manière évidente que ce déséquilibre vaso-moteur est lié à l'existence de causes éminemment agressives pour le système nerveux en général et le système sympathique en particulier. Ce sont : l'alcoolisme (obs. 2, 3, 8, 10, 11, 12), les troubles gastro-intestinaux (obs. 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12), le surmenage (obs. 4, 5, 7, 8, 11, 12), les troubles utéro-ovariens (obs. 3, 10, 11, 13), la grossesse (obs. 4, 6), etc.

6° Là où nous avons trouvé une ou plusieurs de ces causes réunies, la roséole a présenté des caractères bien nets de floridité et de confluence.

7° En agissant sur ces causes, on peut dans quelques cas, et sans aucune intervention thérapeutique, faire disparaître la roséole (obs. 1, 2) ou l'atténuer considérablement (obs. 3, 10).

8° Il nous paraît donc indispensable d'abandonner une théorie à base très fragile, qui ne nous rend compte en rien des caractères particuliers de la roséole, et de faire intervenir une théorie vaso-motrice, encore incomplète, il est vrai, mais qui a le mérite de nous expliquer d'une manière satisfaisante les modalités variées de cette manifestation de la syphilis secondaire.

Vu : le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — On the relations hip betwen roseola syphilitica and some other syphilides, etc. *British Journal of Dermatology*, 1910, 279.
- BALZER. — *Maladies vénériennes*, 1910.
- BARTHÉLEMY ET BALZER. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique de Jaccoud*, art Syphilides.
- BASSEREAU. — *Traité des affections syphilitiques*, 1852.
- BAZIN. — *Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis*, 1866.
- BADIN. — *Recherches du spirochæte pal dans les lésions superficielles de la syphilis*. Th. de Bordeaux, 1906.
- BLASHKO. — Ueber Spirochätenbefunde im syphilitischen erkrankten. *Med. Klin.*, 1906, 335.
- BIETT. — *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 1833.
- CAZENAVE. — *Les syphilides*, 1843.
- DE BEURMANN ET DELHERM. — Sur une disposition spéciale de la roséole de retour. *Rev. gén. de Chir. et de Thérap.*, 13 avril 1901, 225.
- DOUTRELEPONT. — *Sitzungsberichte der Niederrhein Gessell. f. Natur und Heilkunde zu Bonn*, 1906.
- FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, 1899, t. I et II.
— *Leçons sur la syphilis*, 1881.
— *Traitement de la syphilis*, 1909.
- FLEXNER. — *The medical new* (déc. 1906).
- GASTOU. — Le tréponème de la syphilis, ses localisations dans les différents tissus et organes (*Journal médical français*, 1910, 170-176).

- GAUCHER. — Recherches du Spirochaète pal. dans les accidents de la syphilis (Journal des Praticiens, 1910, 740).
- GROUVEN ET FABRY. — Deutsch. mediz. Woch., 1905, n° 35, p. 1469.
- HALLOPEAU. — Sur les progrès récents dans l'étude clinique de l'évolution de la syphilis (Annales des maladies vénériennes, 1909, 687).
- HARDY. — Traité des maladies de la peau, 1886.
- HORAND (J.) ET HORAND (R.). — La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente (Soc. fran. de dermat., nov. 1906).
- HOFFMANN ET BEER. — Weitere Mitteilungen über den nachweis der Spirochaeta pal im gewebe. Deutsch. med. Wochens., 1906, 869-872.
- HERXHEINER. — Deutsch. med. Wochens., 1902, n° 50.
- JACQUET (L.). — Sur le chancre syphilitique à reviviscences. Bul. Soc. méd. hôp., 10 juin 1910.
- JACQUET (L.) ET DEBAT. — La surdistension et le surtravail gastrique. Lecture à l'Académie de médecine, 7 juillet 1908. Presse médicale, juillet 1908.
- Influence expérimentale comparée de la tachyphagie et de la bradyphagie sur la digestion gastrique. Soc. méd. hôp., 12 nov. 1909.
- JOURDANNET. — La méthode bio-kinétique de L. Jacquet en dermatologie. Revue moderne de thérapeutique et de biologie.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e éd., 1886.
- KRAUSS (R.). — Ueber die etiologische Bedeutung der Spirochaetes pal, etc. Wiener Klin. Woch., 1905, 592.
- KRZYSZTAŁOWICZ UND SIEDLECKI. — Spirochaeta pallida Schaudinn in Syphilitischen Erscheinungen. Monatshefte für praktische dermat., 1905, 231-240.
- LEBAR. — Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. Th. de Paris, 1906.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1866.

LEGENBRE. — Nouvelles recherches sur les syphilides, 184f.

LEVADITI ET QUEYRAT. — Bull. Société Méd. des Hôpitaux
(séance du 30 mars 1906, p. 325).

LEVADITI ET ROCHE. — La syphilis, 1909.

LEVADITI ET PETRESCO. — Passage du spirochæte pal. dans le
liquide du vésicatoire (Presse Méd., 30 septembre
1905, 617).

LEUDET. — Recherches sur les syphilides (Arch. gén. de Méd.,
1849, 26-287).

MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.

MOORE. — Syphilis of the Skin (Select. méd. gén. 1902, t. LXII,
127).

MOREL LAVALLÉE. — Étude générale sur les roséoles (Gaz.
méd. des Hôp., 1887, 817).

MASSON. — Considérations sur la syphilis en général et sur
les syphilides ou maladies de la peau en particulier,
1841.

MORROW. — Syphilologie. Syphilis of the Skin, 1893.

METCHNIKOFF ET ROUX. — Recherches microbiologiques sur
la syphilis. Bull. Acad. de Méd., 1905, 463.

NOEGGERATH ET STAECHELIN. — Munch. Mediz. Woch., 1905,
n° 31, p. 1481.

NEISSER. — Beiträge zur Pathologie und therapie der syphi-
lis, 1911.

NEUMANN. — Syphilis, 1896.

OPPENHEIM. — Roséola syphilitica (Archiv. f. D., 1906, t. LXXXI,
410).

OPPENHEIM ET SACHS. — Wiener Klinische Woch., 1905,
n° 45, p. 1177.

RAVOGLI. — The relation of the character of the syphilitic
initial lésions to the secondary constitutional period.
Journal of the American M. Association, décembre
1908, 2031.

REINES ET LIPSCHUTZ. — Demonstration eines Schmits ans
einer luetischen pustulo krustosen Popel glutaalge-
gend. Wiener Klin Wochenschrift, 1906, 233.

- RENAULT. — La roséole syphilitique (Revue gén. de clinique et therap., mai 1907, 305.
- ROBERT. — Maladies vénériennes, 1861.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1875.
- SCHOLTZ. — Deutsch. Mediz. Woch, n° 37, p. 1467.
- SPITZER. — Wien. Klin. Woch, 1905, n° 37, p. 822.
- VEILLON ET GIRARD. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1905, vol. 59. p. 652.
- VULPIAN. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, 1875.